

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MODALIDADE A DISTÂNCIA
TURMA 7**



**Qualificação da atenção à saúde dos Hipertensos e/ou Diabéticos na UBS
José Gonçalves dos Santos, Caldeirão Grande-/PI.**

Michely Penafuerte Oria.

Pelotas, 2014

Michely Penafuerte Oria

**Qualificação da atenção à saúde dos Hipertensos e/ou Diabéticos na UBS
José Gonçalves dos Santos, Caldeirão Grande-/PI.**

Projeto de Intervenção apresentado ao
Curso de Especialização em Saúde da
Família – Modalidade a Distância –
UFPEL - UNASUS, como requisito parcial
para a obtenção do título de Especialista
em Saúde da Família.

Orientadora: Stelita Pacheco Dourado Neta.

Pelotas, 2014.

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catálogo na Publicação

O69q Oria, Michely Peñafuerte

Qualificação da Atenção à Saúde dos Hipertensos e/ou Diabéticos na UBS José Gonçalves dos Santos, Caldeirão Grande/PI / Michely Peñafuerte Oria; Stelita Pacheco Dourado Neta, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

113 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Dourado Neta, Stelita Pacheco, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho a meus pais por sempre dar-me força para que eu me superasse como médica.

A meu filho querido por trazer minha fé e esperança, por ser fonte constante de inspiração, por ser compreensivo e suportar minha ausência em todo este tempo.

A meu esposo por sua companhia, sua constante preocupação, sua tolerância, confiança e, sobretudo por seu apoio incondicional.

A toda minha família e amigos que sempre me veem apoiado e alentado a cumprir minhas metas em a vida.

Agradecimentos

Agradeço à nossa equipe de trabalho, pois sem eles não poderia ser possível a realização deste trabalho.

À minha professora orientadora Stelita Pacheco por ser o motor impulsor neste trabalho.

A minha mãe e pai brasileiros pelo apoio que me tem prestado e por serem essas pessoas maravilhosas que são.

A todos meus amigos que me tem orientado e ajudado para que este trabalho seja possível.

A todas as pessoas que de alguma forma me ajudaram, “Mil Graças”.

Ao governo brasileiro por nos ter dado a oportunidade de apoiá-los na Saúde Pública Brasileira.

Graças a Deus pelo meu existir e poder estar aqui em neste momento.

Resumo

ORIA, Michely Penafuerte. **Qualificação da atenção à saúde dos Hipertensos e/ou Diabéticos na UBS José Gonçalves dos Santos, Caldeirão Grande-PI.** 2015.110fls Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

Realizamos um trabalho de intervenção para **qualificação da atenção à saúde dos Hipertensos e/ou Diabéticos** na UBS “José Gonçalves dos Santos” no município Caldeirão Grande do Piauí, no período do janeiro ate abril de 2015.O objetivo principal deste trabalho foi melhorar a atenção à saúde do usuário portador de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus da área de abrangência da Unidade de Saúde da Família. De acordo com a população vinculada à equipe, segundo o Caderno de Ações Programáticas que utilizamos na análise situacional, estimava-se que na área teríamos 416 hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e 119 diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área. De acordo com os dados da UBS, tínhamos conhecimento de que na área de abrangência havia 217 hipertensos e 19 diabéticos e a nossa estimativa era de cadastrar 100% dos Hipertensos e Diabéticos,Utilizamos como instrumentos de registros específicos dos atendimentos: Prontuários individuais, Ficha-espelho (individual), Cartão de Hipertensão e Diabéticos e o Livro de Registro do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus e Ficha de Atendimento em Saúde Bucal, porém finalizamos o período de 12 semanas da Intervenção com 65 usuários cadastrados (56 hipertensos e 9 diabéticos) no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde, o que corresponde a uma cobertura de 25,8% e 47,4% respectivamente. Também foi alcançado a qualificação do atendimento aos hipertensos e diabéticos, a melhoria dos registros e a qualificação da equipe na atenção ao usuário, com destaque para a ampliação do exame dos pés dos diabéticos, da classificação de risco de ambos os grupos e na realização do exame físico geral a todos os usuários, além de realizar ações de promoção em saúde com orientação nutricional, sobre realização de atividade física, sobre o risco do tabagismo e sobre a higiene bucal Esta intervenção promoveu a integração de toda a equipe. Nossa equipe sentiu-se satisfeita pelo trabalho de todos e pelos esforços para a cobertura e atendimentos dos Usuários com hipertensão e diabetes. Isto acabou tendo impacto também em outras atividades no serviço como a realização de reuniões com outros grupos priorizados (Grupos de Gestantes e de mães da UBS).

Palavras-chave: atenção primária à saúde; saúde da família; doença crônica, diabetes mellitus, hipertensão.

Lista de Figuras

Figura 1	Mapa Localização do Município no mapa do estado do Piauí	13
Figura 2	Gráfico. Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS "José Gonçalves do Santo no município Caldeirão Grande /PI. 2015.	77
Figura 3	Gráfico. Cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS "José Gonçalves do Santo no município Caldeirão Grande /PI. 2015.	78
Figura 4	Gráfico Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável, sobre a prática regular de atividade física, sobre os riscos de tabagismo e sobre higiene bucal na UBS "José Gonçalves dos Santos no município Caldeirão Grande /PI. 2015.	85
Figura 5	Gráfico Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável, sobre a prática regular de atividade física, sobre os riscos de tabagismo e sobre higiene bucal na UBS "José Gonçalves dos Santos no município Caldeirão Grande /PI. 2015.	86
Figura 6	Fotografia de uma consulta clínica de uma usuária do Programa de Atenção ao Hipertenso e Diabético realizada em 23/04/2015.	108
Figura 7	Fotografia de visita domiciliar a usuária hipertensa realizada em 16/3/2015.	109
Figura 8	Fotografia de visita domiciliar a usuária hipertensa realizada em 16/03/2015.	110
Figura 9	Fotografia de visita domiciliar a usuária grávida hipertensa realizada em 12/03/2015.	111
Figura 10	Fotografia de reunião de capacitação de equipe realizada em 09/02/2015.	112

Listas de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS -	Agente comunitário da Saúde.
AVC	Acidente Vascular cerebral
DCNT	Doença Crônica não transmissível
DCV	Doença Cardiovascular
ESB -	Equipe de Saúde Bucal.
ESF -	Estratégia da Saúde da Família.
NASF	Núcleo de apoio a saúde da família.
UBS -	Unidade Básica de Saúde.

Sumário

Apresentação	10
1 Análise Situacional	11
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	11
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	12
1.3 Comentários comparativos entre o texto inicial e o Relatório de Análises Situacional.....	31
2 Análises Estratégicas	32
2.1 Justificativa	32
2.2 Objetivos e Metas.....	35
□ Objetivos Gerais.....	35
□ Objetivos específicos e metas	35
2.3 Metodologia.....	37
2.3.1 Detalhamentos de as ações	38
2.3.2 Indicadores.....	57
2.3.3 Logística	64
2.3.4 Cronograma	70
3. Relatório da Intervenção	71
.1)Ações previstas no projeto a serem desenvolvidas e que foram realizadas (facilidades e dificuldades):	71
2) Ações previstas no projeto para serem desenvolvidas e que não foram desenvolvidas:.....	73
3) Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados e cálculo dos indicadores.....	73
4) Incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço e aspectos que estão funcionando adequadamente e os que serão melhorados para que a incorporação ocorra.	73
4. Avaliação da Intervenção	75
4.1 Resultados da Intervenção.....	75
5. Relatório da intervenção para gestores.....	89
6. Relatório da Intervenção para Comunidades	94
7. Reflexão Crítica sobre processo pessoal de Aprendizagem	97
Referencias	99

ANEXOS	100
Anexo A - Planilha OMIA Hipertensão Arterial e Diabetes-Aba Síntese	101
Anexo B: Ficha Espelho Programa De Atenção Aos Hipertensos e Diabéticos (Frente e verso).....	102
Anexo C: Planilha de Coleta de Dados_ Hipertensos E Diabéticos Aba Dados da UBS.....	103
Anexo D: Planilha de Coleta de Dados_ Hipertensos E Diabéticos Aba Mês 1	104
Anexo E: Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias.....	105
Anexo F - Documento do comitê de ética	106
Apêndices.....	107

Apresentação

O presente trabalho é parte das atividades desenvolvidas no curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade a distancia, através da Universidade Aberta do SUS, na Universidade Federal de Pelotas. Após realizar a análise situacional e estratégica coletamos e organizamos informações relacionadas aos indicadores epidemiológicos, oferta e organização dos serviços do PSF e após sistematizá-los, tendo-os como base para a escolha da intervenção prioritária para o nosso serviço, elaboramos o Projeto de Intervenção para qualificar a atenção à saúde dos Hipertensos e Diabéticos na UBS José Gonçalves dos Santos no município Caldeirão Grande-PI.

O volume se inicia pela análise situacional que discorre sobre a situação da ESF antes da intervenção, seguida da análise estratégica, composta pelo projeto de intervenção propriamente dito, com sua justificativa, objetivos, metas, metodologia, ações, indicadores, logística e cronograma. Ainda apresenta-se um relatório final da intervenção que versa sobre as facilidades e dificuldades encontradas no decorrer da intervenção e então a análise da intervenção com a apresentação dos resultados e discussão da importância da intervenção para a equipe, para o serviço e para a comunidade.

Por fim, conclui-se com uma reflexão crítica do processo de aprendizagem no desenvolvimento do trabalho e o significado do curso para a prática profissional.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A UBS José Gonçalves dos Santos da cidade de Caldeirão Grande do Piauí tem uma população vinculada de 2.073 habitantes com localidades diferentes, com 585 famílias, 18 gestantes e 19 crianças menores de um ano, 217 hipertensos e 19 diabéticos. A estrutura física da UBS tem uma recepção pequena com varias longarinas em uma sala de espera, além de um consultório medico uma sala de pré-natal, uma sala de puericultura, uma sala de prevenção, um ambulatório, uma sala de vacina, uma sala de coleta de material para exames, uma farmácia, sala do Hiperdia, consultório odontológico e sala de reunião.

Nossa equipe (ESF) está composta por uma médica, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, um odontólogo, uma técnica de higiene bucal e quatro agentes comunitários de saúde.

Nosso trabalho tem um apoio muito importante do nutricionista e da equipe do NASF composta por fonoaudióloga, fisioterapeuta e uma assistente social. Realizam-se varias ações programáticas avaliando definição de utilização de protocolo. Tem atendimento de segunda - a quinta-feira, manha e tarde. Grande parte dos atendimentos é de demanda espontânea e agora já está crescendo as consultas agendadas. Também se realizam muitas visitas domiciliares com enfoque preventivo tanto pelo os agentes comunitários como pelos outros profissionais da equipe. Como parte das atividades de atenção primaria que incluem prevenção, promoção, diagnóstica e reabilitação. Contamos com um grupo de programas e atividades que apoiam e melhoram a qualidade do trabalho. Temos ações de vigilância onde se cumpre as atividades de imunização de rotinas e campanhas, programas de prevenção do

Dengue, Tuberculose, Hanseníase, Chagas e de controle da qualidade de água; como também acompanhamento das doenças já estabelecidas. Realiza-se também atendimento odontológico com dispensação de próteses.

O núcleo de apoio à saúde da família (NASF) tem melhorado substancialmente os princípios básicos da atenção primária em nosso município uma vez que temos alta incidência de doenças relacionadas com transtornos psicológicos, nutricionais e com seqüelas que precisam desta equipe de Psicóloga, Nutricionista e Fisioterapeuta para melhorar sua qualidade de vida. Realizamos atividades de saúde bucal nas escolas e palestras educativas sobre a importância do uso de preservativos para evitar doenças sexualmente transmissíveis e gravidez na adolescência, também se realizam exames preventivos para pesquisa de câncer do colo do útero obedecendo à faixa etária preconizada ou de acordo com a necessidade da paciente. Fazemos exames periódicos das mamas, e mamografia de acordo com a faixa estabelecida pelo Ministério de Saúde e os portadores de tuberculose e hanseníase são atendidos conforme protocolo específica da UBS e na visita domiciliar.

Em saúde de Idoso realiza-se atendimento e acolhimento agendado pela enfermagem, também avaliação acorde com sua escala geriátrica do idoso e visita domiciliar em equipe para valoração integral.

Em Saúde Mental os adultos, adolescentes, crianças portadora de sofrimento mental grave são encaminhados para no centro especializado, Hospital de dia, Centro de atenção psicossocial.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Caldeirão Grande é um município localizado no sudeste piauiense, na microrregião do Alto Médio Canindé, compreendendo uma área de 494,889 km² e tendo como limites os municípios de Fronteiras ao norte, ao sul com Marcolândia e o Estado do Pernambuco, a oeste com Alegrete do Piauí e Francisco Macedo, a leste com os Estados do Ceará e Pernambuco e com um total de 5.641 habitantes. Fica a 420 km de Teresina, capital do estado.



Figura 1 Mapa Localização do Município no mapa do estado do Piauí.
Fonte: IBGE

O município é cercado por uma imensa massa florestal correspondente a chapada do Araripe a qual na região se denomina Serra dos Cocos.

Quadro 1 Caracterização Física e Geográfica do município Caldeirão Grande .

Fundação	29 de abril de 1992
Gentílico	Caldeirao grandense
Bioma	Caatinga
Clima	Tropical semi-árido quente, com duração do período seco de sete a oito meses.

Fonte: IBGE.

O município é habilitado como Gestão Plena da Atenção Básica e constituído por três UBS, uma UBS José Gonçalves do Santo situada na área urbana, a UBS Virgilina Rosa Denis localizada na área rural conhecida como Serra dos Pereiros e a outra UBS Serra da Batinga também em área rural. Não temos serviços laboratoriais na UBS, mas temos um dia de coleta de amostras e os exames são realizados em um laboratório do Hospital Santa Maria de Araripina a 38kmdomunicípio. Os resultados dos exames complementares são recebidos pelo paciente em uma semana o mais. Não temos serviços de apoio diagnostico como radiografia, tomografia, ressonância, ultrassonografia, nem de atenção especializada e os usuários são encaminhados ao hospital regional em Picos a 200 km.

Quadro 2 Composição da equipe e numero de famílias e pessoas acompanhadas pela e equipe da UBS "José Gonçalves dos Santos CNES – 2324792 Caldeirão Grande do Piauí-PI

Famílias	Pessoas	Médico	Técnico de Enfermagem	Enfermeira	ACS
585	2.073	01	01	01	04

Fonte: SIAB. Dados referentes agosto 2014.

Estou lotada através do programa Mais Médica no município, na UBS José Gonçalves dos Santos. Nossa UBS se encontra na área urbana no modelo Estratégia de Saúde da Família (ESF).

A UBS José Gonçalves dos Santos foi adaptada para ser uma UBS, e está em funcionamento faz 20 anos, tem dois turnos de atendimento e tem área de abrangência definida. Tem apenas uma equipe (EFS) que está composta por:

Um médico, um dentista, uma enfermeira, um auxiliar de higiene bucal, um técnico de enfermagem e quatro agentes comunitários, uma recepcionista, um auxiliar de farmácia, dois auxiliares de serviço gerais ou de limpeza e um motorista, se recebe apoio de NASF (Núcleo de apoio à Saúde da família) que esta conformada por um assistente social, uma fisioterapeuta e uma fonoaudióloga e os mesmo estão disponíveis toda a semana, e uma nutricionista com atendimento de três vezes por semana.

Nossa unidade esta composta por uma sala de espera para acomodação de cerca de 20 pessoas, uma sala de reuniões destinada atividades educativas em grupos e para reunir aos agentes comunitários, quatro consultórios que não possuem sanitários privativos e dois com sanitário, onde realizaram atendimento individual dos usuários estão compartilhados pelos profissionais da equipe já que a ESF é multiprofissional e trabalha de forma interdisciplinar executando tudo tipo de atividades. Temos uma sala de vacina, uma sala de curativo, uma sala de nebulização, uma farmácia, tem um consultório odontológico, não possuem escovaria. Tem dois sanitários para usuários separados por sexos que podem ser utilizados por pessoas com algumas limitações físicas, sejam elas por idade ou quaisquer outras deficiências físicas, motoras e/ou psíquicas e dois sanitários para funcionários,

uma copa / cozinha, um depósito para material de limpeza, uma sala de recepção, lavagem e descontaminação o de material, uma sala de esterilização e estocagem de material, tem uma sala destinada almoxarifado, não tem abrigos para resíduos sólidos (expurgos materiais contaminados, nem depósito de lixo não contaminado já que são evacuados em uma área perto ao UBS que são recolhidas pela prefeitura).

Todos os locais da UBS são claros e com bastante luminosidade natural, dispõem de janelas possibilitando à circulação de ar e a ventilação adequada. Às paredes não são laváveis e os pisos são regular, firme, estável e antiderrapante para que não provoque trepidação em dispositivos com rodas.

A estrutura de nossa unidade é só em planta baixa é não precisa de rampas de acesso que permitam o passo de pessoas deficientes e com limitações e tem cadeiras de rodas a disposição do usuários.

A UBS se encontra equipada com a maioria dos equipamentos e instrumentos que requerem as mesmas, porem nos consultório não temos negatoscópio, oftalmoscópio e otoscópio que é muito importante para a realização de uma atenção da qualidade, e no consultório odontológico não tem autoclave e sim estufa.

Temos um sistema de manutenção e reposição do equipamento, instrumento e de material do consumo, quanto a medicamentos temos disponível a maioria do os medicamentos definidos no Elenco de referencia Nacional do medicamento e insumos, não contamos com medicamentos fitoterápicos e homeopáticos. Não tem sistema de informatização, só posse um computador para programas das vacinas que só hei utilizada pelo a pessoa q exerce essa função, não contamos também com laboratórios, mas existe sala de coleta de amostras para exame laboratorial que são levadas para Hospital Santa Maria de Araripina a 38 km da cidade ,onde se processam e em uma semana ou mais recebermos resultado , seria melhor que se realizaram em a mesma UBS e em menos tempo tiniríamos o resultado para um atendimento do maior qualidade, com relação á referencia para atenção especializada os usuários dispõem de consulta de todas as especialidades umas em menos de 30 dias e outras que são as menos em 30 dias e mais.

Segundo o Manual de estrutura física das Unidades Básicas de Saúde, podemos avaliar que nossa UBS reúne muitas das condições para atendimento de saúde à população. Somente se requiere de intervenção administrativa e institucional no sentido de qualificar e promover melhorias na estrutura dando solução às limitações encontradas.

Na comunidade existem diferentes instituições sociais como: associação de moradores, igrejas, escolas, creches. Temos realizado várias atividades de educação popular em saúde para promover a mobilização e participação das comunidades, os temas focados são Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, Acolhimento, Interação com os profissionais da UBS, alimentação Saudável, Atividades físicas, estilo de vida saudável, tabagismo, consumo de álcool, acidentes de trânsito, planejamento familiar, gestação e parto, cuidados com recém-nascido, cuidados com os filhos, desenvolvimento infantil, as crianças e a escola, relações com adolescentes.

As estratégias coletivas usadas foram conversas, palestras, teatros, grupo de reflexão, e promoção de atividades físicas como: caminhadas, atividades lúdicas e esportivas por parte da demanda do Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde, Secretaria Municipal de Saúde, Profissional da UBS, da escola. Estas atividades são dirigidas fundamentalmente a diferentes grupos específicos, adolescentes, hipertensos, diabéticos, Idosos, planejamento familiar, prevenção do câncer ginecológico, puericultura, Saúde da mulher e são desenvolvida no âmbito domiciliar, nas escolas, na associação de bairro /comunitária. Os profissionais que participam são médico, enfermeiro, Auxiliar técnica enfermagem, odontólogo e agentes comunitários, além também temos a fortaleza de ter ajuda de o trabalho de os integrantes de NAFS (assistente social, Fonoaudióloga e fisioterapeuta).

Nossa UBS tem um grupo dedicado ao planejamento, gestão e coordenação das ações de saúde que esta integrada pelo técnico de Gestão central, enfermeiro, médico, odontólogo, agentes comunitários e ainda no constamos com representantes da comunidade para enriqueceu o trabalho comunitário.

Dentre nossas dificuldades, podemos destacar a falta de participação dos líderes de nossas comunidades em nossas ações. Temos um trabalho comunitário que se realiza nas comunidades fundamentalmente pelo agente comunitários, médicos e enfermeira, mas não tem participação direta dos líderes formais e não formais das nossas comunidades. Também nossa cidade não tem serviço de emergência para prestar os primeiros socorros aos usuários que necessitam. Assim, são oferecidos por nossa equipe e transferidos imediatamente para o Hospital Regional, localizado a 3 horas de nosso município.

Os profissionais da UBS participam do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades, os profissionais que participam neste processo são Médico, Enfermeiro, Odontólogo, Técnico de Enfermagem, Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) e Agentes Comunitários de Saúde, os mesmos realizam cuidados em saúde à população da área de abrangência no domicílio e nas escolas.

Em nossa UBS são realizadas pequenas cirurgias: como suturas e atendimentos de primeiros auxílios e são remitidos para hospital Regional pelo não contar com um serviço de emergência, se realizam busca ativa e se notificam doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local, também se realizam cuidado domiciliar realizando atividades e procedimentos como curativos, nebulização, educação e cuidados em saúde, medir a pressão, consultas médicas, consultas de enfermagem, aplicar medicação injetável, fisioterapia, coleta de exames, colocar e trocar sonda, revisão puerperal, além se faz encaminhamento a outros níveis do sistema respeitando fluxos de referencias e contra referências e utilizando os protocolos de Atendimento nas especialidades, Internação hospitalar, Atendimento em serviços de pronto atendimento e atendimento em pronto-socorro. Nossos profissionais não acompanham ao usuário quando são encaminhados a outros níveis do sistema nem em situações de internação hospitalar, mas si em internação domiciliar.

Na UBS se realizam atividades de grupo com ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos dirigidos a grupos de adolescentes, Aleitamento materno, capacitação para o trabalho, combate o tabagismo, diabéticos, hipertensos, idosos, planejamento familiar, portadores de sofrimento psíquico, pré-natal, Prevenção de câncer ginecológico, puericultura, saúde a mulher, saúde bucal, além se realizam atividades de educação permanente, se promovem a participação da comunidade do controle e social e se identificam parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais.

Nossos profissionais realizam reunião de equipe uma vez ao mês para a construção de agenda de trabalho, organização do processo de trabalho. Discussão de casos, qualificação clínica, planejamento das ações e monitoramento e análise de indicadores e informações em saúde.

O acolhimento à Demanda Espontânea em nossa UBS não tem uma sala específica, mas é realizado na recepção pela equipe de acolhimento integrado por enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem e recepcionista, utilizando a modelagem da equipe do acolhimento do dia. Realiza-se em todos os turnos de atendimentos com um tempo mais ou menos de 5 minutos. Em nossa UBS os usuários não solicitam consultas para o enfermeiro quando estão com problemas de saúde agudo que precisam ser atendido no dia nem o enfermeiro oferece esse tipo de atendimento, só procuram pelo médico para esse tipo de atendimento e não entendem que existe agendamento. Trabalhamos orientando a comunidade sobre o funcionamento do processo de trabalho da equipe e do funcionamento da UBS e conseguimos reduzir os atendimentos de demanda espontânea ainda que continua o excesso de demanda para consultas espontâneas de urgência, tanto para usuários residentes na área de cobertura como fora dela. Também os usuários solicitam consultas com o odontólogo quando estão com problemas de saúde agudo e o profissional oferece esta consulta de forma programada e para a demanda espontânea para atendimentos de urgência. Existe excesso de demanda para consultas espontâneas. Na UBS também se oferece também serviço de próteses dentárias e existe excesso de demanda para consultas de usuário que precisam de próteses dentárias tanto na área de cobertura da UBS como de

fora de área de cobertura da UBS. Não se oferece atendimento odontológico especializado como, por exemplo, tratamento de canal, periodontal, cirurgias.

Em nossa UBS se realiza atendimento pré-natal. Este atendimento é realizado três vezes por semana pelo enfermeiro e médica e acontecem nos dois turnos (manha e tarde). Não existem gestantes fora da área de cobertura que realizam o pré-natal em nossa UBS.. A gestante sai com a próxima consulta programada agendada. Os atendimentos são realizados guiados pelo protocolo de atendimento pré-natal do Ministério de Saúde e são utilizados por todos os profissionais de nossa equipe.

Utilizamos o Protocolo o Caderno n 36 e 37 do Departamento de Atenção Básica _Estratégia para o Cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial, respectivamente, publicados em 2013, com ele nos guiamos para a avaliação e classificação do risco gestacional e outras atividades e procedimentos inerentes ao atendimento pré-natal e puerpério. Também regulamos o acesso das gestantes a outros níveis do sistema de saúde como os de encaminhamento para atendimento nas especialidades, para internação hospitalar, para serviços de pronto-atendimento e para atendimento em pronto-socorro.

Com relação ao preenchimento do Caderno de Ações Programáticas - CAP, foi possível responder os dados sobre o pré- natal e sobre o puerpério. Na área de abrangência da minha equipe, estima-se pelo CAP que teríamos 31 gestantes porem de acordo com os dados levantados temos apenas 18 gestantes residentes na área, portanto uma cobertura de 55%.

De acordo com o CAP temos que os Indicadores de qualidade estão cumpridos a contento. As 18 (100%) gestantes foram captadas precocemente iniciando o pré-natal ainda no 1º trimestre de gestação. Todas elas têm consultas em dia de acordo com calendário do Ministério da Saúde, sendo uma consulta no primeiro trimestres, duas no segundo trimestre e 3 no terceiro trimestre. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o número adequado seria igual ou superior a 6 (seis). Não nos descuidamos na solicitação da primeira consulta dos exames laboratoriais preconizados como: teste rápido de gravidez; teste rápido de triagem para sífilis e sorologia para

sífilis (VDRL/RPR); teste rápido diagnóstico para HIV e sorologia para HIV I e II; dosagem de hemoglobina (Hb) e hematócrito (Hto); grupo sanguíneo e fator Rh; teste de Combs;) glicemia em jejum; exame sumário de urina (tipo I); exame parasitológico de fezes; colpo citologia oncótica; bacterioscopia do conteúdo vaginal, todos podem ser realizados pela gestante aqui em a Unidade Básica de Saúde.

Todas as 17 (100%) estão em dia com a vacina antitetânica e contra hepatite conforme protocolo, sobre a Prescrição de suplementação de sulfato ferroso conforme protocolo. Todas as 18 (100%) gestantes tiveram realizado pelo menos um Exame ginecológico por trimestre sobre tudo fazemos orientação sobre o Aleitamento materno exclusivo para todas as cadastradas e acompanhadas. Somente 17 (94%) tiveram avaliação de saúde bucal.

Os atendimentos realizados em gestantes são registrados em prontuários clínicos, formulário especial do pré-natal, ficha de atendimento odontológico e de atendimento nutricional e ficha espelho das vacinas além existem arquivo específico para os registros do atendimento às gestantes costuma ser revisada mensalmente e com a finalidade de verificar gestantes faltosas, completude de registre, identificar gestantes em data provável de parto e com pré-natal de risco e avaliar a qualidade do programa, esta revisão é realizada por enfermeiro e médico de família.

Quando se realiza o atendimento pré-natal os profissionais solicitam o Cartão de pré-natal e preenchem as informações e procedimentos realizados na consulta. Durante as consultas conversamos com a gestante sobre alimentação saudável, explicamos o significado do posicionamento do peso na curva de ganho de peso, chamamos atenção para data da próxima vacina, recomendamos que a gestante realize avaliação de saúde bucal na gravidez, conversamos com a gestante sobre as práticas de promoção de aleitamento materno, sobre os cuidados com o recém-nascido, sobre a promoção da atividade física, sobre os riscos do tabagismo, do álcool e das drogas na gravidez, sobre a anticoncepção no pós-parto além se falar sobre importância de que realize revisão puerperal até os sete dias de pós-parto e revisão puerperal entre 30 e 42 dias pós-parto. As gestantes são cadastradas pelo

programa SISPRENATAL do Ministério da Saúde e o responsável do cadastramento é enfermeiro e médico .

Quanto à atenção ao puerpério, segundo o CAP estimava-se que nos últimos 12 meses teriam 34 partos, porém segundo dados levantados na UBS 24 (77%) mulheres fizeram consulta de puerpério nos últimos 12 meses. Destas 16 (47%) consultaram antes dos 42 dias do pós-parto, 16 (47%) tiveram sua consulta puerperal registrada e as 24 (100%) receberam orientações sobre os cuidados básicos do recém-nascido, sobre aleitamento materno exclusivo e sobre planejamento familiar. Também as 24 (100%) tiveram as mamas examinadas, o abdome examinado e realizaram exame ginecológico e seu estado psíquico avaliado e 4 (17%) foram avaliadas quanto à intercorrências no puerpério.

As atividades de atenção à saúde a criança é todo atendimento que se realiza as crianças de zero a setenta e dois meses através da puericultura para que futuramente tenhamos um adulto fisicamente sadio, psiquicamente equilibrado e socialmente útil.

As ações de atenção à Saúde da criança são realizadas através das consulta de puericultura a crianças de 0 a 72 meses de idade duas vezes em semana realizado pela médica e enfermeira. Ao terminar a consulta a criança sai com a próxima consulta agendada.

De acordo com o Caderno de Ações Programáticas, para nossa população estima-se que teríamos 31 crianças menores de um ano na área de abrangência da equipe e já temos acompanhadas na UBS 19 crianças menores de 1 ano, ou seja, 61% das estimadas.

Nos indicadores de qualidade para esta população temos que as 19 (100%) acompanhadas estão com consultas em dia conforme o protocolo do Ministério da Saúde e 2 (11%) delas tem atraso de consultas agendadas em mais de sete dias. Todas as 19 (100%) fizeram o teste do pezinho até sete dias e 17 (89%) delas tiveram a primeira consulta de puericultura realizada nos primeiros sete dias de vida. Nenhuma criança teve realizada a triagem auditiva. Todas as 19 (100%) crianças foram monitoradas quanto ao crescimento e

desenvolvimento na última consulta, e foram avaliadas quanto à saúde bucal. As mães foram orientadas sobre a importância de se manter o aleitamento materno exclusivo como fonte de alimentação da criança e sobre os cuidados para a prevenção de acidentes. De todas as crianças menores de 1 ano da nossa área de abrangência as 19 (100%) estão com as vacinas em dia.

As ações desenvolvidas no cuidado a criança na puericultura são imunização, prevenção de anemia, prevenção de violência, promoção de aleitamento materno, de hábitos alimentares saudáveis, saúde bucal, da saúde mental, teste do pezinho e diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, problemas de saúde bucal e de saúde mental. Também utilizamos classificação para identificar crianças de alto risco e utilizamos protocolos para regular o acesso das crianças a outros níveis do sistema de saúde como os de encaminhamento para atendimento nas especialidades, para internação hospitalar, para serviços de pronto-atendimento e para atendimento em pronto-socorro.

Os atendimentos das crianças da puericultura são registrados em prontuários clínicos, formulário especial da puericultura, ficha de atendimento odontológico e de atendimento nutricional e ficha espelho das vacinas. Existe arquivo específico para os registros do atendimento da puericultura e costuma ser revisada mensalmente e com a finalidade de verificar crianças faltosas, completude de registros, identificar procedimento em atraso (peso ou vacinas), identificar crianças de risco e avaliar a qualidade do programa, esta revisão é realizada por enfermeiro e médica.

Quando se realiza o atendimento das crianças mediante a puericultura os profissionais solicitam caderneta da criança e preenchem as informações atualizando-a. Conversamos com o responsável sobre as dicas de alimentação saudável disponíveis na caderneta das crianças, explicamos o significado do posicionamento da criança na curva de crescimento e chamamos atenção para data da próxima vacina e para o local da caderneta da criança onde o responsável pode acompanhar o desenvolvimento neuropsicomotor da criança.

Em nossa UBS, nossa equipe não faz cadastramento das crianças no Programa Bolsa Família só faz um acompanhamento das condicionalidades da

saúde. Existem outros programas implantados pelo Ministério de Saúde como SISVAN criança e Saúde de Ferro.

Nossa equipe de saúde realiza atividades com grupos de mães das crianças da puericultura no âmbito da UBS e nas escolas. Nós temos três grupos de puericultura.

O equipe de nossa UBS tem que implementar ações para que todas as crianças sejam consultadas nos primeiros 7 dias de vida e que se realize a triagem auditiva .

As ações de prevenção de câncer do colo do útero e de mama são realizadas em nossa UBS. Orientamos todas as mulheres da área de cobertura para o uso de preservativo em todas as relações sexuais e são realizadas ações de educação da mulher para realização periódica do exame preventivo do câncer do colo uterino. Realizamos ações de prevenção através da coleta de exame citopatológico que se realiza todos os dias da semana pela manhã. A coleta é realizada pelo enfermeiro, e isto foi acordado para organização do processo de trabalho. Os outros profissionais integrantes de nossa equipe aproveitam seu contato com as mulheres para verificar a necessidade de realizar prevenção do câncer de colo uterino e de câncer de mama. O tipo de rastreamento do câncer de colo utilizado é oportuníssimo e organizado utilizando o protocolo do câncer de colo uterino produzido pelo Ministério da Saúde e Instituto Nacional do Câncer publicado no ano 2013. Em todas as mulheres que se realizam o exame cito patológico de colo os profissionais investigam os fatores de risco para câncer e nos últimos três anos foram identificados com exame citopatológico alterado seis mulheres e desta nenhuma teve perda de seguimento.

Em nossa UBS existe arquivo específico para o registro dos resultados dos exames cito patológicos coletados e além são registrados em o prontuário clínico e livro de registro geral, o registro específico costuma ser revisado periodicamente com uma frequência mensal para verificar mulheres com exame de rotina em atraso, com exame alterado em atraso, verificar completude de registro e avaliar a qualidade do programa e é realizado pelo enfermeiro e médico de família, também é realizado pelo este profissional

atividade com dois grupos de mulheres de 25 a 64 anos de idade e por eles também são realizado planejamento, gestão, coordenação e avaliação do programa e se realizam as reuniões uma vez ao mês e são utilizadas as fontes SIAB, SISCOLO, registro específicos do programa e prontuários.

Segundo o CAP tem uma estimativa para a área de abrangência da UBS de 502 mulheres entre 25 e 64 anos residentes na área e já estamos com 466 (93%) mulheres entre 25 e 64 residentes na área acompanhadas na UBS para prevenção de câncer de colo de útero.

Nos indicadores de qualidade estamos com 236 (51%) mulheres na faixa etária entre 25 a 64 anos de idade com exame citopatológico para câncer de colo de útero em dia o que significa dizer que elas realizaram pelo menos os 2 exames citopatológicos com intervalo de 1 ano e os outros a cada 3 anos. Temos 230 (49%) mulheres com o exame citopatológico para câncer de colo de útero com mais de 6 meses de atraso considerando as que não realizaram o exame após seis meses da data recomendada de acordo com o critério para exame cito patológico em dia. Estamos com 6 (1%) mulheres desta faixa etária com exame cito patológico para câncer de colo de útero alterado. Devemos salientar que 236 (51%) das coletas realizadas estão com amostras consideradas satisfatórias e com exames coletados com células representativas da junção escamocolumnar. Salientamos que são consideradas como amostras satisfatórias as amostras com células representativas da junção escamocolumnar (epitélio escamoso e glandular). Tivemos dados que as 466 (100%) destas mulheres acompanhadas tiveram realizados a avaliação de risco para câncer de colo de útero durante a consulta clínica, onde estas mulheres de 25 a 64 anos foram investigadas para a presença de fatores de risco do CA de colo de útero (infecção pelo papiloma vírus humana - HPV, tabagismo, comportamento sexual de risco para CA de colo de útero). Não nos descuidamos das orientações sobre prevenção de CA de colo de útero onde as 466(42%) foram orientadas quanto à prevenção do CA de colo de útero considerando os fatores de risco acima mencionados. Também 466 mulheres de 25 a 64 anos foram orientadas especificamente quanto à prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST).

Nas ações para prevenção de câncer de mama temos um número estimado de 156 mulheres entre 50 e 69 anos residentes na área e estão acompanhadas na UBS 148 (95%), todas com exames de mamas realizados pelo Profissional, destas mulheres os indicadores de qualidade demonstram que apenas 15(10%) destas 153 mulheres estão com Mamografia em dia. No município nossa equipe indicasse Ultrassonografia das mamas para as mulheres de 50 a 69 anos de idade que precisaram e sim demandem da realização de mamografia são referenciadas para consulta com mastologista em Hospital Regional de Picos.

Temos 133(90%) com mamografia com mais de 3 meses em atraso e e 37 (25%) mulheres receberam avaliação de risco para câncer de mama bem como receberam orientação sobre prevenção do câncer de mama. As 148 (100%) mulheres na faixa etária entre 50 e 69 residentes na área e acompanhadas na UBS receberam orientação sobre a importância da realização de mamografia bem como sobre prevenção do câncer de mama.

Em nossa UBS são realizadas ações para o controle do peso corporal das mulheres da área de cobertura e de prática regular da atividade física para estas mesmas mulheres e ações que orientem sobre os maléficos do consumo excessivo de álcool, também são realizadas ações de educação da mulher para reconhecimento dos sinais e sintomas do câncer de mama e de rastreamento do Câncer de mama (exame clínico de mamas e/ ou solicitação de mamografia ,se realiza todos os dias da semana e em todos os turnos e se realizam a mulheres pertencentes ao área de abrangência e fora de área (pelo enfermeiro e medico, também os outros profissionais integrante de nossa equipe aproveitam seu contato com as mulheres para verificar a necessidade de realizar as ações de rastreamento do câncer de mama , o tipo de rastreamento do câncer de mama utilizado é oportuníssimo já que se realiza a todas as mulheres que chegam as Unidades de Saúde ,utilizando o protocolo do câncer de mama produziu pelo Ministério da Saúde e Instituto Nacional do Colo publicado em o ano 2013. Em todas as mulheres que se realizam as ações de rastreamento do câncer de mama os profissionais investigam os fatores de risco para câncer .

Em nossa UBS não existe arquivo específico para o registro dos resultados das mamografias, mas sim os que realizam e são registrados em o prontuário clínico e livro de registro geral, e formulário especial também são realizado planejamento, gestão, coordenação e avaliação do programa pelo medico e enfermeiro, se realizam as reuniões uma vez ao mês e são utilizadas as fontes SIAB, registro específicos do programa e prontuários.

A Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus são as doenças crônicas mais frequentes em nossa UBS, os hábitos alimentares e estilo de vida é um dos maiores responsáveis pela patogenicidade e alta prevalência destas doenças.

Em nossa UBS são realizadas ações de orientação de hábitos alimentares saudáveis para os portadores de Hipertensão e Diabetes Mellitus da área de cobertura, ações para o controle do peso corporal, de estímulo a prática regular da atividade física, ações q orientam sobre os malefícios do consumo excessivo de álcool e ações que orientem sobre os malefícios do tabagismo.

Em nossa UBS se realiza atendimento de adultos portadores de HAS e Diabetes Mellitus, esses atendimentos realizam-se duas vezes à semana em todos os turnos para residentes de nossa área de cobertura e é realizada pelo enfermeiro, médico, assistente social, nutricionista, odontólogo, técnico /auxiliar de enfermagem e técnico / auxiliar de consultório dentário, o adulto com HAS e DM sai da UBS com a próxima consulta agendada. Também existe demanda de adultos para atendimento de problemas de saúde agudos devido a HAS e DM tanto para de nossa área como fora dela, existindo excesso de demanda e é atendido mesmo tendo excedido sua capacidade é também se agenda atendimento para outra data.É utilizado o protocolo de atendimento para usuários portadores de HAS e DM do Ministério da Saúde publicado em 2013. Também utilizamos protocolos para encaminhamento para atendimento nas especialidades, para internação hospitalar, para serviços de pronto-atendimento e para atendimento em pronto-socorro.Os atendimentos clínicos são registrados em prontuário clinico, formulário especial , ficha de atendimento odontológico e de atendimento nutricional e em ficha-espelho de vacinas. O

registro específico costuma ser revisado periodicamente com uma frequência mensal para verificar usuários faltosos ao retorno programado, verificar completude de registros, identificar procedimentos em atraso e adultos com HAS e DM de risco e avaliar a qualidade do programa e esta revisão é realizado pelo enfermeiro e médico de família, também é realizado pelo os demais profissionais integrantes de nosso equipe ,também se realizam atividades com 2 grupo de adultos com HAS e DM em no âmbito da UBS e participam o 100% de os adultos atendidos com HAS e por eles também são realizado planejamento , gestão , coordenação e avaliação do programa e se realizam as reuniões uma vez ao mês e são utilizadas as fontes SIAB,HIPERDIA, registro específicos do programa e prontuários.

Na análise do Caderno de Ações Programáticas vemos que na área de abrangência da UBS temos uma estimativa de 1.320 pessoas com 20 anos ou mais e desta população seriam estimados para a area que teríamos 416 hipertensos com 20 anos e 119 pessoas de 20 anos ou mais com Diabetes.

Temos segundo os nosso registros , 217 (52%) hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área acompanhados na UBS.

Quanto aos indicadores de qualidade vemos que temos 217 (100%) usuários hipertensos acompanhados na UBS que tiveram realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico. Temos 200 (92%) usuários que estão com os exames complementares periódicos em dia. Também 6 (3%) que estão com atraso da consulta agendada em mais de 7 dias.Os 217 (100%) hipertensos acompanhados na UBS passaram por orientações sobre prática de atividade física regular e orientação nutricional para alimentação saudável.Outro indicador de qualidade que chama atenção é o de que 190 (88%) dos Hipertensos acompanhados na UBS estão com avaliação de saúde bucal em dia.Segundo o CAP temos estimados 119 diabéticos de 20 anos ou mais residentes na área da UBS e a equipe acompanha 29 (24%) diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área. Analisando os Indicadores de qualidade vemos que os 29 (100%) usuários tem realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, 27 (93%) com exames complementares periódicos em dia e os 29 (100%) cadastrados

estão com exame físico dos pés nos últimos 3 meses e com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso nos últimos 3 meses e com medida da sensibilidade dos pés nos últimos 3 meses. Isto demonstra que a equipe está muito bem embasada como protocolo de atendimento ao diabético na UBS.

A questão do Atraso da consulta agendada em mais de 7 dias de 3 (10%) diabéticos ainda é pouca considerando que justifica-se pois muitos estão trabalhando no horário de atendimento da UBS e isto dificulta o comparecimento às consultas agendadas.

Também não nos descuidamos das orientações aos 29 (100%) diabéticos acerca prática de atividade física regular e orientação nutricional para alimentação saudável e também para os mesmos não estão tendo dificuldades para a avaliação em saúde bucal em dia.

Atenção a Saúde dos Idosos é muito importante já que este pai é considerado país envelhecido, já tem 10% de população idosa e eles são os mais vulneráveis a doenças. (IBGE, 2011)

Em nossa UBS se realiza atendimento de idosos duas vezes da semana em todos os turnos para a área de cobertura e fora de área de cobertura e é atendido pelo assistente social, enfermeiro, médico, nutricionista, odontólogo, técnico /auxiliar de enfermagem e técnico /auxiliar de consultório dentário , quando sai de a UBS sai com consulta agendada além das consultas programadas existe demanda de idosos para atendimento de problemas de saúde agudos existindo excesso de este tipo de demanda , agendando atendimento para outra data e atende mesmo sendo excedida a sua capacidade, existe protocolo de atendimento para idoso produzido pelo Ministério de Saúde e é utilizado pelo todos os profissionais integrantes de nossa equipe.

Em nossa UBS são desenvolvidas várias ações em no cuidado aos Idosos como Imunizações, promoção de atividades física e de hábitos alimentares saudáveis, promoção de saúde mental e bucal, diagnóstico e tratamentos de problemas clínicos em geral, de problemas de saúde bucal e saúde mental, diagnóstico e tratamentos do alcoolismo e obesidade, de

sedentarismo e tabagismo, também se utiliza protocolo para regular o acesso dos idosos a outros níveis do sistema de saúde como o de encaminhamento para atendimento nas especialidades e para internação hospitalar, para serviços de pronto-atendimento e para atendimento de pronto socorro. Os atendimentos são registrados em prontuário clínico, formulário especial, ficha de atendimento odontológico e de atendimento nutricional e em ficha-espelho de vacinas, o registro específico costuma ser revisado periodicamente com uma frequência mensal para verificar usuários faltosos ao retorno programado, verificar completude de registros, identificar procedimentos em atraso e idosos de risco e avaliar a qualidade do programa e esta revisão é realizada pelo enfermeiro e médico de família, também é realizado pelos demais profissionais integrantes de nossa equipe, Também realizamos atividades com 2 grupo de idoso no âmbito da UBS e participam todos os idosos cadastrados. Também realizamos planejamento, gestão, coordenação e avaliação do programa e se realizam as reuniões uma vez ao mês. Os dados utilizados para o planejamento das ações são as fontes SIAB, do Programa de Atenção ao Hipertenso e Diabético (Hiperdia).

Os profissionais de nossa UBS avaliam sempre a capacidade Funcional Global do Idoso pelo exame clínico, explicam ao idoso ou seus familiares como reconhecer sinais de risco relacionados aos problemas de saúde de maior prevalência dos idosos, tais como a HAS, DM e depressão. Os profissionais solicitam e alimentam a Caderneta de Saúde da pessoa Idosa durante os atendimentos.

De acordo com os dados do CAP, a estimativa é de 220 idosos com 60 anos ou mais residentes na área, e temos 220 (100%) idosos com 60 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS. Os 220 (100%) idosos acompanhados tem a Caderneta de Idoso visto que é importante sim o uso da caderneta do Idoso, pois a mesma é uma ferramenta extremamente importante para que o cuidado seja efetivo, eficiente e resolutivo, pois ela permite que o profissional ao registrar as informações de saúde do paciente na mesma, permite a longitudinalidade do cuidado.

Avaliando-se os indicadores vemos que durante os atendimentos os profissionais não conseguem realizar as avaliações multidimensionais rápidas e de risco de morbimortalidade em todos os idosos, visto que apenas 212 (96%) receberam avaliação de risco para morbimortalidade e fora realizado investigação de indicadores de fragilização na velhice. Temos que 212 (96%) idosos estão com acompanhamento em dia, dos idosos acompanhados temos que 190 (86%) são hipertensos e 18(8%) são diabéticos. E profissionais de saúde da UBS avaliam a Capacidade Funcional Global do idoso por ocasião do exame clínico explicam ao idoso ou seus familiares como reconhecer sinais de risco relacionados aos problemas de saúde de maior prevalência dos idosos, tais como a HAS, DM e Depressão. Temos que 200 (91%) dos idosos mantem suas avaliações de saúde bucal em dia. Vemos que alguns compareceram ao consultório odontológico para algum tipo de avaliação, isso talvez se explique pelo alto índice de usuários entulhos nessa faixa etária associado à crença que paciente entulho não necessita de atendimento odontológico.

Nossa equipe de nossa UBS tem que trabalhar mais em quantas ações programáticas de promoção para conseguir que não tenha atraso da consulta agendada em mais de três meses e que sejam avaliados de saúde bucal em dia e de orientações sobre manejos de HAS e de DM já que tem um grão por cento q tem estas doenças.

Nas ações de atenção em saúde bucal pelo CAP, vimos que obtivemos dados para avaliarmos que a média é de procedimentos clínicos por habitante / mês na UBS é superior ao preconizado como mínimo esperado (0,4) está próximo ao parâmetro máximo recomendado pelo MS de 1,6% onde a Média é de 1,2 procedimentos clínicos por habitante / mês na sua UBS (isto é muito bom e sem dúvidas a realização de pelo menos um procedimento por consulta reduz custos e o número de consultas necessárias para concluir os tratamentos).

De acordo com a Cobertura de Primeira Consulta Odontológica programática temos que 173 pessoas atendidas, de acordo com os dados coletados, o grupo de principal demanda atendida foram pessoas com 15 a 59

anos, seguidos de escolares e idosos. Vimos, porém que apenas 15 pessoas estavam com Tratamento Inicial Completado.

Outra situação que fora demonstrada é que há uma demanda considerável de atendimento de pessoas com atendimento não programado. Certamente estes são atendimentos de urgência, se considerar os dados dos "Atendimentos não programados".

No que tange à primeira consulta odontológica programática nos grupos populacionais prioritários, sem dúvidas é melhor que ocorram mais atendimentos programados do que de "atendimentos não programados, e vemos que precisamos conversar e traçarmos estratégias de agendamento de forma que o usuário tenha a sua consulta previamente agendada e possam concluir os tratamentos estipulados pelo diagnóstico traçado pelo profissional.

1.3 Comentários comparativos entre o texto inicial e o Relatório de Análises Situacional

Olhando o texto escrito na segunda semana de ambientação e comparando ao RAS, podemos dizer que esse foi um texto curto e que abordou aspectos gerais de nossa UBS e no RAS fizemos uma análise mais profunda guiada pelos questionários e CAP. Isto nos propiciou uma relação mais profunda entre os profissionais da equipe e propiciou a melhoria na reflexão crítica construtiva para facilitar as melhorias no processo de trabalho de nossa equipe.

2 Análises Estratégicas

2.1 Justificativa

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) constituem um sério problema de saúde pública, sendo responsáveis pela maioria das mortes em todo o mundo.

As DCNT de maior impacto para a saúde pública são as Doenças Cardiovasculares, Diabetes Mellitus, o Câncer, particularmente o cérvico-uterino e o de mama em mulheres e de estômago e pulmão nos homens e as Doenças Respiratórias Crônicas.

O risco de desenvolver DCV está associado aos fatores de risco como a dislipidemia, hipertensão arterial, diabetes, obesidade e tabagismo.

Estratégias de prevenção primária das DVC associados ao controle dos fatores de risco com modificação do estilo de vida e uma melhoria crescente no diagnóstico e tratamento bem como uma abordagem adequada para uma melhor adesão do Hipertenso e do Diabético ao tratamento indicado aumentam a probabilidade de redução dos índices de morbimortalidade. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p.: il.

Segundo o Ministério da Saúde citado em Brasil (2006, p.08) a Hipertensão Arterial Sistêmica é a mais frequente é também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além das doenças renal crônica terminal.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial – PA (PA $\geq 140 \times 90$ mmHg). Associa-se,

frequentemente, às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (Brasil, 2013 b pág. 19).

A Hipertensão arterial tem a maior parte do seu curso assintomática e seu diagnóstico e tratamento é frequentemente negligenciado, somando-se a isso a baixa adesão, por parte do paciente ao tratamento prescrito. Estes são os principais fatores que determinam um controle muito baixo de HAS aos níveis considerados normais em todo o mundo, a despeito dos diversos protocolos e recomendações existente e maior acesso a medicamento. Modificações de estilo de vida são de fundamental importância no processo da hipertensão. Alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal, controle do peso, prática de atividade física, tabagismo e uso excessivo de álcool são fatores de risco que devem ser adequadamente abordados e controlados, sem o que, mesmo doses progressivas de medicamentos não resultarão alcançar os níveis recomendados de pressão arterial.

Em se tratando do Diabetes Mellitus temos que é sempre importante a atualização dos conhecimentos relacionados à boa prática clínica na assistência ao portador de diabetes.

O diabetes é uma doença de fundo metabólico na qual existe, por parte do organismo, incapacidade total ou parcial de retirar a glicose (além de outras substâncias) do sangue e levá-las para dentro das células, provocando e mantendo níveis sanguíneos altos dessas substâncias. A não regulação da glicose no sangue dos diabéticos tem como causa a baixa sensibilidade ou a pouca produção da insulina, que é o hormônio natural dotado de tal função, no pâncreas. O tipo 2 do diabetes, que acomete pessoas mais velhas, é o mais frequente, responsabilizando-se por mais de 90% dos casos. O diabetes, em si, não tem mortalidade elevada, quando comparado a outras DCNT (1,3 milhões de mortes no mundo), mas constitui um importante fator de risco e de disfunção (co-morbidade) para outras condições mais graves, tais como, as DCV, insuficiência renal e a cegueira. (GOULART, 2011, p. 11)

Como profissionais de saúde deveramos ajudar os diabéticos a conviverem com a doença mantendo-os saudáveis. Devemos inclusive nos momento de educação em saúde trabalhar sobre o “estigma do diabetes”. Ainda temos muitos “preconceitos” e tabus relativos à doença. Muitas vezes nos deparamos com portadores que buscam esconder a doença para fugir de algumas

“limitações” e restrições na sua alimentação. Isto é um grande entrave para a adesão adequada do controle do diabético.

A maior parte das complicações que a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus acarreta é experiência da por indivíduos que não estão diagnosticados como hipertensos ou diabéticos. Deste modo torna-se necessária a adoção de estratégias de redução das consequências da pressão arterial elevada e à hiperglicemia e reduzir a necessidade de terapias á base de fármacos anti-hipertensivos e hipoglicemiantes. Antes de se iniciar qualquer tratamento recomendam-se alterações do estilo de vida de modo a reduzir a pressão arterial e a hiperglicemia.

A escolha do foco de intervenção na ação programática de Atenção ao Hipertenso e Diabético na UBS Jose Gonçalves do Santo em Caldeirão Grande-PI se justifica pela necessidade de melhorar o acompanhamento e monitoramento dos hipertensos e diabéticos, realizar uma avaliação clínica mais detalhada dos mesmos e qualificar os registros.

A UBS José Gonçalves dos Santos de Caldeirão Grande do Piauí tem uma população vinculada de 2.073 pessoas. A estimativa para a população com 20 anos ou mais é de 1.320 pessoas, é um local adaptado que funciona faz 20 anos, e está composta por uma sala de espera, uma sala de reuniões, quatro consultórios, uma sala de vacina, uma sala de curativo, uma sala de nebulização, uma farmácia, um consultório odontológico, Tem dois sanitários para usuários separados por sexos e dois sanitários para funcionários, uma copa / cozinha, um depósito para material de limpeza, uma sala de recepção, lavagem e descontaminação o de material, uma sala de esterilização e estocagem de material, tem uma sala destinada almoxarifado, não tem abrigos para resíduos sólidos (expurgos materiais contaminados, nem depósito de lixo não contaminado já que são evacuados em uma área perto ao UBS que são recolhidas pela prefeitura, tem atendimento em dois turnos de segunda a sexta ,se realizam ações programáticas de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos dirigidos a grupos específicos de hipertensos e diabéticos, mas não de forma sistemática , queremos trabalhar muito com estes grupos para obter resultados satisfatórios em o serviço

De acordo com o Caderno de Ações Programáticas na UBS, temos para a população a estimativa do número de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área é de 416 e já tem 217 cadastrados (52% de cobertura) e para os diabéticos tem apenas 24% dos cadastrados de uma estimativa de 119 diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área. Certamente se conseguirmos rastrear toda esta população adulta conseguiremos ter uma boa Cobertura da área nesta Ação Programática.

As dificuldades principais que temos para desenvolvimento do projeto é o deslocamento da equipe por toda a área de abrangência da UBS para realizar o cadastramento de todos os portadores destas doenças porque tem uma extensão territorial considerável, mas podemos contar com apoio da administração local para desenvolvimento de ações programáticas encaminhadas na promoção e prevenção nestas doenças.

2.2 Objetivos e Metas

- **Objetivos Gerais**

Melhorar a atenção à saúde dos Hipertensos e Diabéticos na UBS José Gonçalves dos Santos no município Caldeirão Grande /PI

- **Objetivos específicos e metas**

Objetivo 1_Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos;

Meta 1.1Cadastrar 90% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Meta 1.2. Cadastrar 90% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Objetivo 2_Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos;

Meta 2.1 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Meta 2.3 Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.4. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.5 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.6 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.7 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Meta 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Objetivo 3 _Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa;

Meta 3.1 Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Objetivo 4 _Melhorar o registro das informações;

Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 5 _Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular;

Meta 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 6_ Promover a saúde de hipertensos e diabéticos;

Meta 6.1 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Meta 6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Meta 6.3 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

Meta 6.5 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.6 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Meta 6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.8 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

2.3 Metodologia

A intervenção foi planejada para ser desenvolvida no período de 16 semanas na área adstrita à UBS José Gonçalves dos Santos no município Caldeirão Grande, do Estado de Piauí. Trabalhemos durante toda a intervenção buscando o cadastramento de todos os hipertensos e diabéticos no Programa de Atenção aos Hipertensos e ao Diabético na UBS e com isto trabalharemos ações em quatro eixos programáticos:

- Monitoramento e avaliação.

- Organização e gestão dos serviços.
- Engajamento público.
- Qualificação da prática clínica.

2.3.1 Detalhamentos de as ações

Objetivo 1. Ampliar a cobertura a hipertensos e diabéticos

Referentes às metas do Objetivo 1 temos:

No eixo de Monitoramento e Avaliação:

Ação:

- Monitorar o número de hipertensos e/ou Diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Detalhamento:

- Monitorar a cobertura de todos os usuários maiores de 18 anos que assiste a UBS e nas visitas domiciliares para fazer o cadastramento e o rastreamento de HAS e DM.
- Com o apoio do ACS estaremos realizando um levantamento de dados dos Hipertensos e /ou Diabéticos que ainda não esteja cadastrado na UBS.
- Também para realizar esse levantamento pretendemos revisar o prontuário clínico de todos os diabéticos e hipertensos cadastrados, revisar ficha familiar e arquivo específico.

No eixo de Organização e Gestão dos Serviços:

Ações:

Garantir os registros dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados no programa.

Melhorar o acolhimento para os usuários hipertensos e/ou diabéticos.

Garantir material adequado para a aferição de medida da pressão arterial e do hemoglicoteste para os diabéticos (esfigmomanômetro, manguito, fita métrica, glicômetro).

Detalhamento:

Atualizar o registro semanalmente e monitorar. Acolher todos os usuários maiores de 18 anos que procurem a UBS, garantindo a aferição da PA de todos usuários monitorado pela técnica de enfermagem e/ou médico e/ou enfermeira, esta atividade será realizada diariamente no horário de funcionamento da UBS. Garantir material adequado para a tomada de medida de pressão arterial, para isto tem segurança de que a calibragem do esfigmomanômetro está certa que tenhamos o uso adequado do manguito de acordo com o tamanho do paciente (esfigmomanômetro para o indivíduo adulto e para obeso). Garantir material adequado para realização de hemoglicoteste na unidade de saúde.

No Eixo de Engajamento Público:**Ações:**

- Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à HA e DM da unidade de saúde.
- Informar a comunidades sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos de idades pelo menos anualmente.
- Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.
- Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Detalhamento:

Orientar a comunidade da importância da verificação PA e do rastreamento da DM, através de ações educativas mediante atividades de grupos, palestras, mural informativo na própria UBS e na comunidade, isso é responsabilidade de todos os integrantes da equipe e buscaremos também os líderes da comunidade para nos auxiliar nas atividades de educação em saúde.

No eixo de Qualificação da Prática Clínica:

Ações:

- Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde. -Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmhg.

Detalhamento:

Capacitar a equipe sobre cadastramento e acolhimento de todos os usuários maiores de 18 anos para o rastreio de casos de HAS e DM, nas reuniões semanais durante as duas primeiras semanais e se necessário se estende a mais semanas estas atividades será realizada pela médica da equipe .

Objetivo: 2.Melhorar a qualidades de atenção a hipertensos e diabéticos

Referentes às metas do Objetivo 2 temos:

No Eixo Monitoramento e Avaliação

Ação:

- Orientar aos 100 % dos usuários hipertensos e diabéticos sobre a importância de realizar o exame clinica periódico
- Orientar aos usuários a importância de fazer os exames complementares periódicos segue o protocolo
- Orientar a os usuários hipertensos e diabéticos a importância de manter o cadastro na farmácia popular para obter os medicamentos seguem o tratamento estabelecido ao paciente.
- Orientar aos 100 % dos usuários hipertensos e diabéticos sobre as necessidades de atendimento odontológico.

Detalhamento:

Monitorara realização de exame clínico, exames laboratoriais, prescrição de medicamentos da farmácia popular e os q necessitam de atendimento odontológico, será feito quando se realize a consulta programada ao paciente e será preenchido em sua ficha do acompanhamento e prontuário individual com data de realização dos exames e resultados, estas atividades será realizada pela médica da equipe.

No Eixo organização e gestão do serviço

Ações:

- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado em usuários hipertensos e diabéticos;
- Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.
- Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão.
- Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdía.
- Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento:

Definir as atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos e diabéticos, será cumprido quando realizaram a capacitação de cada membro da equipe no exame clínico, estabelecendo as distribuições de cada um, para organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos será cumprido através do planejamento de todas as capacitações, dispostos da versão atualizada e impressa do protocolo para Hipertensão e Diabetes e será realizada pela médica da equipe, nossa equipe. Garantir a solicitação dos exames complementares para os usuários hipertensos e diabéticos na UBS, e a agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo, são garantidas pelo gestor municipal uma vez por semana e ele será o encarregado de monitorar e alertar sobre os exames complementares preconizados. O controle de estoque de medicamentos será realizado uma vez por mês incluindo validade, manter um

registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde será a través do registro das necessidades de medicamentos para hipertensos e diabéticos e será realizado pelo assistente de farmácia de nossa equipe. As necessidades de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos e a agenda de saúde bucal para a realização do atendimento dos usuários provenientes da avaliação de necessidade de atendimento odontológico será organizada pelo odontólogo de nossa equipe segundo as necessidades.

No Eixo Engajamento Público

Ação

- Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.
- Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.
- Orientar os usuários hipertensos e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.
- Orientar os usuários diabéticos e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.
- Orientar os usuários hipertensos e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.
- Orientar os usuários diabéticos e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.
- Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

- Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento:

Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão, sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades, quanto à necessidade de realização de exames complementares e a periodicidade com que devem ser realizados, quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso e sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertenso e diabético serão durante as atividades realizadas em acolhimento em consulta médica e de enfermagem, assim como outras atividades com os grupos de hipertensos e diabéticos ou em outros espaços comunitários realizados pela médica, enfermagem e odontólogo da equipe.

No Eixo Qualificação da Prática Clínica

Ação

- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado aos usuários hipertensos.
- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado aos usuários diabéticos.
- Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares nos usuários hipertensos.
- Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares nos usuários diabéticos.

Detalhamento:

Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado, para solicitação de exames complementares, para avaliação da necessidade de

atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos será realizado pela médica e odontólogo de nossa equipe.

Objetivo 3 Melhorar a Adesão de hipertensos e diabéticos ao programa .

Referentes às metas do Objetivo 3 temos:

No Eixo Monitoramento e Avaliação

Ação

- Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia) dos usuários hipertensos.
- Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia) dos usuários diabéticos.

Detalhamento:

Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo da UBS será usado ficha de atendimento e realizada pela médica de nossa equipe.

No Eixo Organização e Gestão dos Serviços

Ações:

- Organizar visitas domiciliares para buscar os hipertensos faltosos
- Organizar visitas domiciliares para buscar os diabéticos faltosos
- Organizar a agenda para acolher os hipertensos provenientes das buscas domiciliares.
- Organizar a agenda para acolher os diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento:

Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos se realizou visitas domiciliares com uma periodicidade de duas vezes por semana para buscar os usuários faltosos e será organizada a agenda para que permita acolher os

hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares, isso será realizado pelo agente comunitário, enfermagem médica de nossa equipe.

No Eixo Engajamento Público

Ações:

- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.
- Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão (se houver número excessivo de faltosos).
- Esclarecer aos portadores de hipertensão e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.
- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.
- Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de diabetes (se houver número excessivo de faltosos).
- Esclarecer aos portadores de diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento:

Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas assim como a periodicidade preconizada para a realização destas consultas, será orientada mediante consulta médica e de enfermagem e atividades com os grupos HIPERDIA ou em outros espaços comunitários realizados pela enfermagem e médica de nossa equipe.

No Eixo Qualificação da Prática Clínica

Ações:

- Capacitar os ACS para a orientação de hipertensos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.
- Capacitar os ACS para a orientação de diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento:

Serão capacitados todos agentes comunitários sobre como realizar a orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade e será realizado pela médica de nossa equipe.

Objetivo 3 Melhorar a Adesão de hipertensos e diabéticos ao programa .

Referentes às metas do Objetivo 3 temos:

No Eixo Monitoramento e Avaliação**Ação**

- Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia) dos usuários hipertensos.
- Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia) dos usuários diabéticos.

Detalhamento:

Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo da UBS será usado ficha de atendimento e realizada pela médica de nossa equipe.

No Eixo Organização e Gestão dos Serviços**Ações:**

- Organizar visitas domiciliares para buscar os hipertensos faltosos
- Organizar visitas domiciliares para buscar os diabéticos faltosos
- Organizar a agenda para acolher os hipertensos provenientes das buscas domiciliares.
- Organizar a agenda para acolher os diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento:

Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos se realizou visitas domiciliares com uma periodicidade de duas vezes por semana para buscar os usuários faltosos e será organizada a agenda para que permita acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares, isso será realizado pelo agente comunitário, enfermagem médica de nossa equipe.

No Eixo Engajamento Público**Ações:**

- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.
- Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão (se houver número excessivo de faltosos).
- Esclarecer aos portadores de hipertensão e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.
- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.
- Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de diabetes (se houver número excessivo de faltosos).
- Esclarecer aos portadores de diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento:

Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas assim como a periodicidade preconizada para a realização destas consultas, será orientada mediante consulta médica e de enfermagem e atividades com os grupos HIPERDIA ou em outros espaços comunitários realizados pela enfermagem e médica de nossa equipe.

No Eixo Qualificação da Prática Clínica**Ações:**

- Capacitar os ACS para a orientação de hipertensos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.
- Capacitar os ACS para a orientação de diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento:

Serão capacitados todos agentes comunitários sobre como realizar a orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade e será realizado pela médica de nossa equipe.

Relativas ao objetivo 4 Melhorar o registro das informações;

Referentes às metas do Objetivo 4 temos:

No Eixo Monitoramento e Avaliação**Ações:**

- Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos acompanhados na unidade de saúde.
- Monitorar a qualidade dos registros de diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamento:

Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na UBS, para isso será criado um grupo para monitoramento das ações do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus, que estará encarregado pela revisão dos prontuários e fichas de acompanhamento para garantir a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos que será integrado pela médica e enfermagem de nossa equipe.

No Eixo Organização e Gestão dos Serviços**Ações:**

- Manter as informações do SIAB atualizadas.

Implantar a ficha de acompanhamento dos usuários hipertensos.

- Pactuar com a equipe o registro das informações dos usuários hipertensos.
- Definir responsável pelo monitoramento dos registros dos usuários hipertensos.
- Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença nos usuários hipertensos e diabéticos.
- Manter as informações do SIAB atualizadas dos usuários diabéticos.
- Implantar ficha de acompanhamento dos usuários diabéticos.
- Pactuar com a equipe o registro das informações dos usuários diabéticos.
- Definir responsável pelo monitoramento dos registros dos usuários diabéticos. .

Detalhamento:

Manter as informações do SIAB atualizadas e organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto exista atraso na realização de consulta de acompanhamento, atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença, será realizado por o grupo de monitoramento. A ficha de acompanhamento será implantada para garantir qualidades do registro e todo isso será realizado pelo grupo de monitoramento.

No Eixo Engajamento Público

Ações:

- Orientar os usuários hipertensos e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.
- Orientar os usuários diabéticos e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Detalhamento:

Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário, serão orientados durante as atividades feitas no acolhimento, em consulta médica e de enfermagem, assim como outras atividades com os grupos HIPERDIA ou em outros espaços comunitários realizados pela médica e enfermagem de nossa equipe.

No Eixo Qualificação da Prática Clínica

Ações:

- Capacitar à equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.
- Capacitar à equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do diabético.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento:

Capacitar a equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos e o preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso e diabético será capacitado toda a equipe pela médica.

Relativas ao objetivo 5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular

Referentes às metas do Objetivo 5 temos:

No Eixo Monitoramento e Avaliação

Ações:

- Monitorar o número de usuários hipertensos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.
- Monitorar o número de usuários diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Detalhamento:

Monitorar o número de usuários hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano, para isso será usado La ficha de acompanhamento e será realizado pela médica de nossa equipe.

No Eixo Organização e Gestão dos Serviços

Ações:

- Priorizar o atendimento dos usuários hipertensos avaliados como de alto risco. Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.
- Priorizar o atendimento dos usuários diabéticos avaliados como de alto risco. Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento:

Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco, isso será organizado à agenda dos turnos para dar prioridade usuários avaliados como alto risco e será realizada pelo recepcionista.

No Eixo Engajamento Público

Ações:

- Orientar os usuários hipertensos quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.
- Esclarecer os usuários hipertensos e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).
- Orientar os usuários diabéticos quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.
- Esclarecer os usuários diabéticos e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Detalhamento:

Orientar os usuários sobre seu nível de risco e a toda a comunidade quanto à importância do adequado controle dos fatores de risco modificáveis, assim como à importância do acompanhamento regular, serão orientados tanto os usuários como a comunidade toda sobre a importância do adequado controle dos fatores de risco modificáveis, durante as atividades feitas no acolhimento, em consulta médica e de enfermagem, assim como outras atividades com os grupos HIPERDIA ou em outros espaços comunitários, realizados pela médica, enfermagem e agentes comunitários de nossa equipe.

No Eixo Qualificação da Prática Clínica**Ações:**

- Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.
- Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.
- Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.
- Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, em especial a avaliação dos pés.
- Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

- Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento:

Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo e nas estratégias para o controle dos fatores de risco modificáveis, será capacitada toda a equipe pela médica.

Relativas ao objetivo 6 Promover a saúde de hipertensos e diabéticos temos:

No Eixo Monitoramento e Avaliação**Ações:**

- Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos.
- Monitorar a realização de orientação nutricional aos diabéticos
- Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos.
- Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos diabéticos.
- Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos.
- Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos diabéticos.
- Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos.
- Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos diabéticos.

Detalhamento:

Monitorar a realização de orientação nutricional, atividade física regular, riscos do tabagismo e sobre higiene bucal aos hipertensos e diabéticos, será realizado pelo grupo de monitoramento.

No Eixo Organização e Gestão dos Serviços

Ações:

- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável dos usuários hipertensos.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade dos usuários hipertensos.
-
- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável dos usuários diabéticos.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade saudável dos usuários diabéticos.
- Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.
- Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.
- Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".
- Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".
- Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.
- Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Detalhamento:

Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável será realizada pelas ações programáticas em grupos de HIPERDIA com atividades sobre alimentação saudável pela nutricionista. Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física será realizadas pelas ações programáticas em grupos de HIPERDIA pela médica e enfermagem de nossa equipe. Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo" será comparado o tratamento do abandono do tabagismo pelo gestor.

No Eixo Engajamento Público

Ações:

- Orientar hipertensos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.
- Orientar diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.
- Orientar hipertensos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.
- Orientar diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.
- Orientar os hipertensos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.
- Orientar os diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.
- Orientar os hipertensos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.
- Orientar os diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento:

Orientar hipertensos, e diabéticos, e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável, atividade física regular, riscos do tabagismo e a importância da higiene bucal, serão orientados os usuários, durante as atividades feitas no acolhimento, em consulta médica e de enfermagem, assem

como outras atividades com os grupos HIPERDIA ou em outros espaços comunitários pela médica, enfermagem e agentes comunitários de nossa equipe.

No Eixo Qualificação da Prática Clínica

Ações:

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável em os usuários hipertensos.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde em os usuários hipertensos.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável em os usuários diabéticos.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde em os usuários diabéticos.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular em os usuários hipertensos.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde nos usuários hipertensos.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular nos usuários diabéticos.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde nos usuários diabéticos.
- Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas nos usuários hipertensos.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde nos usuários hipertensos.
- Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas nos usuários diabéticos.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde nos usuários diabéticos.
- Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal nos usuários hipertensos.

- Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal nos usuários diabéticos.

Detalhamento:

Capacitar à equipe sobre práticas de alimentação saudável, promoção da prática de atividade física regular, tratamento de usuários tabagistas e as ferramentas necessárias para oferecer orientações de higiene bucal, serão capacitados toda a equipe pela médica e odontólogo de nossa equipe.

2.3.2 Indicadores

Os indicadores propostos neste projeto serão observados e avaliados para garantir o monitoramento e alcance das metas.

Referente ao Objetivo 1

Meta 1.1 Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Indicador 1.1 Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

Numerador: Número de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta1. 2 Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão 1.1Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde. Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.2. Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Numerador: Número de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Relativas ao objetivo 2

Meta 2.1 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.1 Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.2. Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.3 Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de hipertensos com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.4 Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.4 Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de diabéticos com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.5 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.5 Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada.

Numerador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

Denominador: Número de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos.

Meta 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.8 Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada.

Numerador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

Meta 2.7 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.7 proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de hipertensos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.8 Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de diabéticos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Relativas ao objetivo 3

Meta 3.1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1. Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Meta 3.2. Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Indicador 3.2 Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Relativas ao objetivo 4

Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.1 Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.2 Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Relativas ao objetivo 5

Meta 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.1 Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.2 Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Relativas ao objetivo 6

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Indicador 6.1 Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Indicador 6.2 Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Números de usuários diabéticos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.3 Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.4 Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Números de usuários diabéticos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.5 proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Números de usuários hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.6 Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo

Numerador: Números de usuários diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.7 Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Números de usuários hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.8. Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Números de usuários diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção na ação programática de atenção a hipertensão e Diabetes na UBS José Gonçalves do Santo, a equipe vai adotar como Protocolo os Caderno n 36 e 37 do Departamento de Atenção Básica Estratégia para o Cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial, respectivamente, publicados em 2013.

Os Instrumentos de registros específicos dos atendimentos e das ações realizados adotados pela equipe serão: Prontuários individuais, Ficha-espelho (individual), Cartão de Hipertensão e Diabéticos e o Livro de Registro de HIPERDIA e Ficha de Atendimento em Saúde Bucal.

Para atualização dos dados de mapeamento da população de Hipertensos e Diabéticos também utilizaremos dados do SIAB (Ficha A) e da ficha-B hipertensos e diabéticos dos ACS.

Faremos contato com os gestores municipais para dispor das fichas necessárias e imprimir as fichas complementares que serão anexadas aos prontuários das usuários.

Pretendemos durante a intervenção cadastrar dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da área de abrangência da unidade de saúde e 100% nas metas dos indicadores de qualidades para as duas doenças.

Para acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados.

Para a organização das ações no Eixo de Monitoramento e Avaliação inicialmente estaremos realizando um levantamento do numero hipertensos e/ou diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à HA e à DM na UBS.

Para organizar o registro específico do programa, a enfermeira e médica revisarão a ficha espelho e o livro de controle, identificando todos os hipertensos e diabéticos que vieram ao serviço nos últimos 4 meses. As profissionais localizarão os prontuários destes usuários e transcreverão todas as informações disponíveis no prontuário para ficha espelho e ao mesmo tempo realizarão o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre acompanhamento de saúde bucal, realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, exames complementares periódicos em dia, exame físico dos pés, palpação dos pulsos tibiais posteriores e pediosos, com medida da sensibilidade dos pés.

Será monitorada a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertenso-diabéticos, bem como sobre a periodicidade recomendada para estes exames. Também serão monitorados semanalmente os hipertensos/diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

Deve-se também monitorar o acesso dos diabéticos e hipertensos a medicamentos da Farmácia Popular.

Também será monitorado o Livro de Registros onde se registra a aferição da PA e realização de Glicemia capilar de todos os usuários maior de 18 anos que frequentem a UBS.

Para monitoramento do cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia) de hipertensos e diabéticos e estabelecer os faltosos a consulta, serão revisados os registro da ficha-a hipertensos e diabéticos pelo ACS que nos informará na reunião semanal da equipe e será agendada a próxima consulta ou visita domiciliar.

Será analisado o livro de registro de hipertensos e diabéticos, com o objetivo que todos os usuários cadastrados tenham sua ficha de acompanhamento revisada de forma mensal.

No monitoramento de estratificação do risco cardiovascular em diabético e hipertenso, será revisado pela médica nos dias indicados para o atendimento de hipertenso e diabético no prontuário individual segundo protocolo que deve

está realizado ao menos uma vez ao ano a todos os usuários e os que não tenham sido feita essa avaliação, será feita durante a consulta médica.

Mensalmente a enfermeira e a médica examinarão as fichas espelho, fichas complementares e Planilha de Monitoramento para acompanhamento das metas e indicadores da Intervenção.

Os dados coletados serão colocados em uma planilha do Excel para análise (Planilha de Acompanhamento de Coleta de Dados).

O Monitoramento dos dados será realizado semanalmente e discutido com a equipe os resultados mensalmente ou quando se fizer necessário nas reuniões semanais.

Inicialmente organizaremos o processo de trabalho da equipe de forma que através de “agendas compartilhadas” e acolhimento adequado possamos priorizar o atendimento dos Hipertensos e Diabéticos da área de abrangência da equipe. Buscaremos priorizar o atendimento destes sem deixar de atender à comunidade nas demais ações programáticas típicas da APS.

O agente comunitário de saúde fará busca ativa de todos Hipertensos e Diabéticos da área de abrangência. Em todas as visitas domiciliares o ACS deverá informar sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde bem como sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente, sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmhg bem como sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

O Cadastramento durante a Intervenção será realizado pela médica e enfermeira na consulta clínica na UBS ou em visita domiciliar, com ajuda dos Agentes Comunitários de Saúde.

O acolhimento à demanda espontânea de hipertensos e diabéticos será realizado pela técnica de enfermagem. Aqueles com atraso em consulta com problemas agudos serão atendidas no mesmo turno para agilizar o tratamento

de intercorrências. Aqueles que buscam consultam de rotina terão prioridade no agendamento, sendo que a demora deverá ser menor do que 7 dias.

Devemos assegurar com a gestão municipal de saúde a garantia da agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo bem como o controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos da Farmácia Popular para os Hipertensos e Diabéticos.

Devemos buscar também junto à gestão assegurar o encaminhamento do Hipertenso e Diabético a exames complementares a outros níveis do Sistema.

Devemos organizar a agenda da equipe compartilhada com a equipe de saúde bucal de forma que possam garantir o atendimento em saúde bucal para os Hipertensos e Diabéticos cadastrados serão priorizados dois turnos para atendimento principalmente quando demandado pela avaliação da necessidade de atendimento odontológico após a avaliação da médica e da Enfermeira da equipe. Buscaremos incentivar a equipe para o encaminhamento e os cirurgiões dentistas para realização de primeira consulta odontológica programática para este público alvo.

O ACS semanalmente nas visitas domiciliar fará busca ativa dos faltosos às consultas clínicas quanto para os atendimentos odontológicos e organizarem conjunto com o medica e enfermeira a agenda para acolher esses usuários.

Para sensibilizar a comunidade serão realizadas reuniões nas associações de moradores, nas igrejas da área abrangente e nas escolas, onde se informará a população sobre a existência do programa de atenção à hipertensão arterial e diabetes da UBS e solicitará o apoio aos mesmos para o rastreamento de hipertenso e diabético, orientando-os sobre os fatores de riscos sobre o desenvolvimento dessas doenças. Orientar os usuários e a comunidades quanto a riscos cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e da diabetes, e a necessidade de realização de exames complementares.

No eixo de Qualificação da Prática Clínica, para viabilizar a ação de capacitar a equipe de saúde para utilização do protocolo temos que na Análise Situacional da definição do Foco da Intervenção foi discutida com a equipe, assim começaremos com a capacitação sobre o Protocolo da Hipertensão e Diabetes pelo MS para que toda a equipe utilize igual referências com o manejo dos usuários hipertensos e diabéticos. Antes da Intervenção buscaremos fazer a organização de Agenda Compartilhada com profissional médico e enfermeiro e capacitar a equipe para o uso dos impressos e registro das ações. Também organizaremos o acolhimento e o fluxo de encaminhamento do usuário dentro da UBS e para as Unidades de referência.

As reuniões e capacitações ocorrerão na UBS e caso necessário buscará outros locais para estas capacitações. Serão reservadas duas horas ao final do expediente, no horário da reunião da equipe e serão realizadas nas duas primeiras semanas da intervenção. As capacitações acerca do protocolo serão ministradas/coordenadas pela médica e enfermeira. Inicialmente trabalharemos sobre os fatores de risco para estas duas doenças. Capacitaremos os ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde e utilização correta da Ficha B do SIAB. Capacitaremos a Técnica de Enfermagem para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito e para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg. Médica e enfermeira buscarão atualizar sobre a realização de exame clínico apropriado e exames complementares baseados no Protocolo e para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo e sua importância do registro desta avaliação. Será também orientado em capacitação da equipe sobre estratificação de risco, mesmo que esta avaliação seja feita em consulta clínica, toda a equipe deve conhecer os critérios desta estratificação. Discutiremos na capacitação as estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis. Capacitaremos a equipe para orientar os usuários sobre o acesso a medicamentos da farmácia popular /HIPERDIA e acerca da necessidade de avaliação odontológica. Buscaremos capacitar os ACS e demais componentes

da equipe para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto à importância do acompanhamento regular das consultas e suas periodicidades

Para as capacitações precisaremos que do apoio dos gestores para o fornecimento dos meios audiovisuais necessários e outros materiais de apoio para a organização das atividades de educação em saúde da equipe bem como para as ações de atividades coletivas na UBS e nas comunidades sobre alimentação saudável, melhora na saúde bucal, diminuição ou abandono do tabagismo com o objetivo de diminuir as complicações tão frequentes destas doenças.

3. Relatório da Intervenção

Nosso trabalho de intervenção foi realizado durante doze semanas na UBS José Gonçalves do Santo de Caldeirão Grande do Piauí.

Conseguimos pôr em prática ações previstas no projeto nos eixos de Monitoramento e Avaliação, Qualificação da Prática Clínica, Organização e Gestão do Serviço e Engajamento Público. Algumas ações foram realizadas com atraso e outras foram realizadas parcialmente.

Realizamos a contento o monitoramento da intervenção, cadastramos um total de 65 usuários, 56 usuários hipertensos e 9 diabéticos foram preenchidas as fichas espelhos e os prontuários com os resultados dos últimos exames de cada uma das usuários, fizemos capacitação dos profissionais de saúde da UBS onde foi estabelecido o papel de cada profissional na ação programática com a realização de atividades de educação em saúde com grupo de hipertensos e diabéticos que entram nos programas de hipertensão e Diabetes Mellitus. A Secretaria de Saúde forneceu-o todas as fichas espelho destes doze meses que foram preenchidos para a atualização das Planilhas de Coleta de dados ao final de cada semana.

.1) Ações previstas no projeto a serem desenvolvidas e que foram realizadas (facilidades e dificuldades):

No Eixo de Monitoramento e Avaliação buscamos o correto preenchimento de todos os dados obtidos durante a entrevista, exame físico e análises dos resultados de exames complementares.

Tínhamos como instrumentos de registros adotados para a coleta de dados e o monitoramento e avaliação alguns que foram elaborados pela instituição de ensino, Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), denominados

“Planilha para coleta de dados para Hipertensos e Diabéticos e a Ficha Espelho para o Programa de Hipertensão e Diabetes”. Também prevíamos utilizar os instrumentos que fazem parte da rotina na UBS, como os prontuários.

Não Tivemos dificuldades na disponibilização pela gestão das Fichas Espelhos. Conseguimos preencher todas as fichas espelhos com a atualização dos prontuários individuais de cada um dos usuários hipertensos e diabéticos que foram cadastrados.

Durante os atendimentos programados ou agendados pelos ACS aos hipertensos e diabéticos foi feita a avaliação de riscos cardiovascular, exame dos pés e exame físico, orientação nutricional, sobre atividade física, sobre tabagismo e sobre higiene bucal.

No Eixo de Qualificação da Prática Clínica, como estavam previstos foi realizado as reuniões a fim de capacitar os profissionais sobre o Protocolo adotado para o atendimento de usuários Hipertensos e Diabéticos, ainda que algumas destas reuniões de capacitação foram realizadas fora da data prevista inicialmente. Foi esclarecido o papel de cada profissional na ação programática. Quando ocorriam as reuniões com todos os integrantes da equipe, sempre procuramos mostrar o quanto a profissão de cada membro da equipe é importante para todo o bom funcionamento da UBS.

No eixo de Organização e Gestão do Serviço foi organizada a agenda de trabalho compartilhada com a equipe de saúde bucal dois turnos para atendimento principalmente quando foi demandado pela avaliação da necessidade de atendimento odontológico após a avaliação da médica e da Enfermeira da equipe. Não apresentamos nenhuma dificuldade no atendimento dos usuários hipertenso e diabético já que todos os equipamentos, insumos e materiais estiveram disponíveis.

No eixo de Engajamento público, segundo o planejado no cronograma realizamos as atividades de educação em saúde como planejada sendo uma média de uma atividade por semana.

Na maioria das comunidades que foram visitadas e realizamos atividades educativas e contamos com a presença das lideranças comunitárias onde lhes foram explicado a importância de sua participação no desenvolvimento da intervenção e a necessidade de seu apoio. As lideranças comunitárias nos apoiaram, inclusive fornecendo locais adequados para realizar as palestras e em algumas vezes nos disponibilizaram veículos para o deslocamento nas áreas de difícil acesso.

As reuniões e capacitações foram realizadas na UBS coordenadas pela médica e enfermeira sobre os fatores de risco para estas duas doenças, foram capacitados os ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda a área de abrangência da unidade de saúde e sobre utilização correta da Ficha B do SIAB. Também a Técnica de Enfermagem para verificação da pressão arterial de forma criteriosa,

2) Ações previstas no projeto para serem desenvolvidas e que não foram desenvolvidas:

A principal dificuldade foi gerada para as ações de cadastramento de alguns usuários hipertensos e diabéticos, pois houve uma resistência inicial para o seguimento no Programa. Tivemos também os feriados que interferiram nos resultados.

3) Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados e cálculo dos indicadores.

Não tivemos dificuldades no registro dos dados nos prontuários individuais nem tampouco nos instrumentos de sistematização dos dados coletados.

4) Incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço e aspectos que estão funcionando adequadamente e os que serão melhorados para que a incorporação ocorra.

Foram inseridas as ações planejadas no projeto de intervenção, e as mesmas estão incorporadas à rotina da equipe. Continuamos trabalhando na busca ativa de usuários hipertensos e diabéticos

A intervenção modificou a visão dos profissionais da equipe em relação ao manejo dos usuários hipertensos e diabéticos. Outros pontos positivos e benefícios para a população em geral, foram às facilidades dos atendimentos, fortificação da relação médico-paciente e melhor controle de hipertensos e diabéticos.

4. Avaliação da Intervenção

4.1 Resultados da Intervenção.

O Objetivo principal da Intervenção foi melhorar as ações de atenção aos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus Diabéticos na UBS "José Gonçalves dos Santos no município Caldeirão Grande /PI.

Foram avaliados neste processo de intervenção os adultos maiores de dezoito anos num período de Janeiro-abril do ano 2015 constituindo assim em doze semanas de intervenção.

A intervenção estava prevista para ser realizada num período de 04 meses (16 semanas), porém devido a orientações da Coordenação do Curso a intervenção foi realizada em 12 semanas.

Antes de decidirmos sobre o tema da intervenção fizemos uma análise situacional e análises estratégica onde levantamos os pontos positivos e fragilidades do Posto de Saúde Familiar tanto com relação à estrutura física bem como relativos ao processo de trabalho e acolhimento da população adstrita ao PSF. Após esse análise foi feito um projeto de intervenção juntamente com a equipe baseado nos Cadernos de Atenção Básica de Doenças Crônicas não Transmissíveis- Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus do Ministério de Saúde, 2013 para a capacitação de todos os membros da equipe.

Após essa análise decidimos viabilizar ações e atividades para ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos, melhorar a adesão do hipertenso e/ou

diabético ao programa, melhorar a qualidade do atendimento ao usuário hipertenso e/ou diabético realizado no posto de saúde, melhorar o registro das informações, mapear hipertensos e/ou diabéticos de risco para doenças cardiovascular e promover a saúde aos diabéticos e hipertensos inscritos no programa.

A população vinculada a equipe é de 2073 habitantes residentes na área de abrangência.

De acordo com a população vinculada a equipe, segundo o Caderno de Ações Programáticas que utilizamos para registrarmos os levantamentos de dados da população atendida na UBS estimava-se que na área teríamos a estimativa do número de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área de 416 e estimativa de 119 diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área.

A estimativa para a população com 20 anos ou mais era de 1320 pessoas.

Ao início do trabalho da equipe tínhamos conhecimento de que na área de abrangência havia 217 hipertensos e 19 diabéticos.

No projeto de intervenção estabelecemos metas e indicadores e traçamos ações a serem desenvolvidas. A seguir apresentamos os resultados alcançados para as metas propostas:

Objetivo 1 :Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 1.1: Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador1. 1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

Ao iniciar a intervenção tínhamos 217 (52%) hipertensos cadastrados..De acordo com a Figura 2 foi alcançando de forma paulatina o aumento da cobertura e, no primeiro mês foram avaliados 20 (9,2 %) hipertensos, no segundo mês 35 (16,1%) hipertenso e no terceiro mês de intervenção

estávamos com 56 hipertensos avaliados alcançando-se uma cobertura de 25,8% hipertensos cadastrados da área de abrangência da equipe.

A ação que mais auxiliou na captação dos usuários hipertensos foi o cadastramento de todos os usuários maiores de 18 anos que assiste a UBS e nas visitas domiciliares com apoio dos Agentes comunitários de Saúde. Todos os usuários maiores de 18 anos que compareceu na UBS tiveram a aferição da Pressão Arterial. Não foi possível alcançar o 100% de cobertura porque o trabalho não foi feito em o tempo programado, mas será vinculada a rotina do serviço.

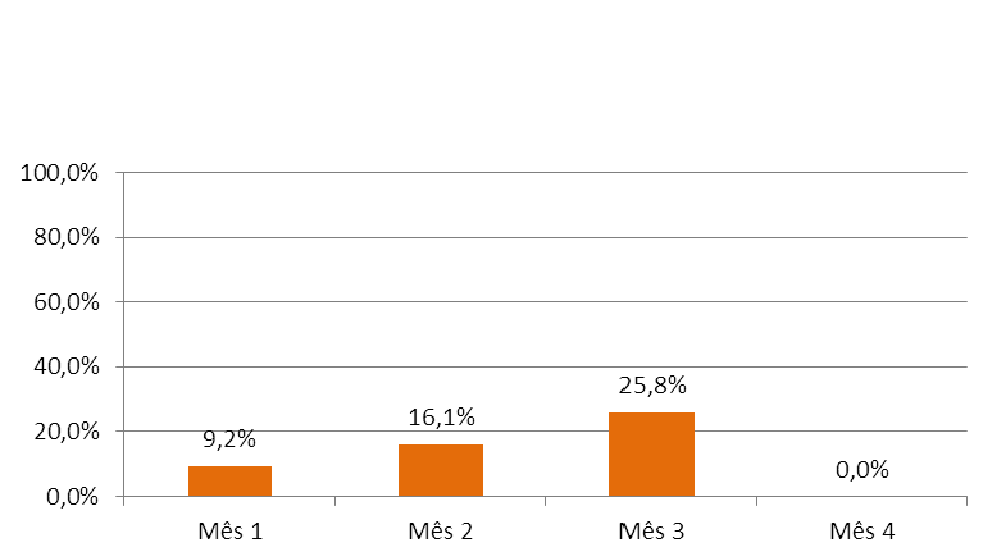


Figura 2 Gráfica Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS “José Gonçalves dos Santos no município Caldeirão Grande /PI. 2015.

Fonte: Planilha coleta de dados.

Meta 1.2: Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador1. 2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Na área de abrangência da UBS, ao iniciar a intervenção tinham 19 diabéticos (24%). No primeiro mês foram avaliados 1 (5,3%) diabético, no segundo mês 2 (10,5%) diabético e no terceiro mês de intervenção estávamos com 9 diabéticos avaliados alcançando-se uma cobertura de 47,4 % diabéticos

cadastrados da área de abrangência da equipe. Este resultado não é muito significativo em quantidades de cadastrados, mas em comparação com o numero existente na área da UBS podemos observar que houve sim uma evolução no acompanhamento deste grupo. Não foi alcançado a meta proposta porque o tempo de a intervenção foi muito curto, mas também será vinculada a rotina do serviço.

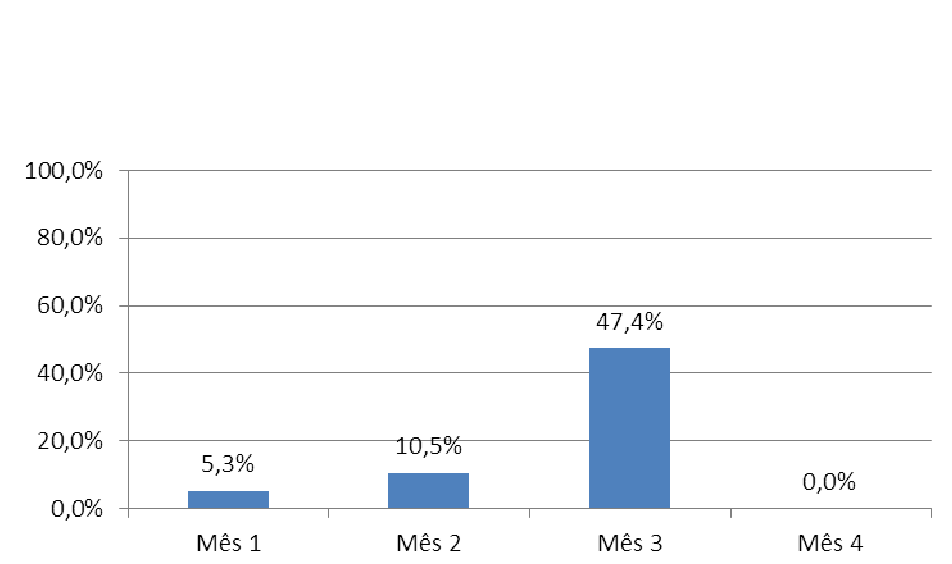


Figura. 3 Gráfico Cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS José Gonçalves do Santos no município Caldeirão Grande /PI. 2015.

Fonte: Planilha coleta de dados.

Objetivo 2 : Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.1: Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Durante a intervenção, 100% dos hipertensos cadastrados tiveram adequadamente realizado o exame clínico apropriado. No primeiro mês foram avaliados 20 (100%) hipertensos, no segundo mês 35 (100%) hipertenso e no terceiro mês de intervenção com 56 hipertensos avaliados alcançando-se 100 % proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo, isso foi cumprido pela colaboração de toda nossa equipe.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.2: Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Durante a intervenção, 100% dos diabéticos cadastrados tiveram adequadamente realizado o exame clínico apropriado. No primeiro mês foram avaliados 1 (um) diabético, no segundo mês 2(100%) diabéticos e no terceiro mês de intervenção com 9 diabético avaliados, alcançando-se 100 % proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo, isso foi cumprido pela colaboração de toda a nossa equipe.

Meta 2.3: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.3: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Todos os usuários hipertensos cadastrados têm os exames complementares em dia. No primeiro mês foram avaliados 20 hipertensos e 100 % exames complementares em dia, no segundo mês 35 hipertensos e 100 % exames complementares em dia, no terceiro mês de intervenção com 56 hipertensos e 100 % exames complementares em dia, todo isso foi garantido pelo gestor Municipal monitorando e alertando uma vez por semana que realizássemos os exames complementares indicados.

Meta 2.4: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.4: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Todos os usuários diabéticos cadastrados têm os exames complementares em dia. No primeiro mês foram avaliados 1 diabético e 100 % exames complementares em dia, no segundo mês 2 diabéticos e 100 % exames complementares em dia, no terceiro mês de intervenção com 9 diabéticos e 100 % exames complementares em dia.

O que ajudou a alcançar estas metas foi: que se solicitaram a todos os usuários hipertensos e diabéticos, todos os exames de acordo com o protocolo

de HAS e DM, e a gestão organizou o fluxo de atendimento dos usuários no laboratório Municipal facilitando assim o acesso dos usuários na realização dos exames complementares.

Meta 2.5 : Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.5:Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada.

Analizando a proporção de usuários hipertensos cadastrados com prescrição de medicamento da lista da farmácia popular/Hiperdia, no mês 1 tínhamos 20 (100%) hipertensos com prescrição de medicamentos, no segundo mês foram 35(100 %) e no terceiro mês encerramos a intervenção com 56 (100 %) hipertensos com prescrição medicamentosa e com prescrição de medicamento da lista da farmácia popular/Hiperdia

Meta 2.6:Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.6:Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada.

Através da coleta dos dados referidos verificamos no primeiro mês da intervenção que 1 (100 %) diabético cadastrados teve prescrito os medicamentos da farmácia popular , no segundo mês os 2 (100%)diabéticos cadastrados estavam com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada e no terceiro mês finalizamos com os 9(100 %)diabéticos cadastrados com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada

Analizando estas metas, podemos falar que a farmácia da USB oferece em quantidade suficiente os medicamentos necessários, para o controle destas patologias. Foi elaborado um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde, onde a técnica de farmácia mantinha estrita revisão do estoque de medicamentos da Farmácia

Popular/Hiperdia. O protocolo ajudou para que a equipe buscasse prescrever os medicamentos disponíveis na rede e que buscássemos programar a cada prescrição e atendimento a conscientização dos usuários da necessidade do uso da medicação conforme prescrito.

Meta 2.7 :Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.7:Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.8: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Durante os três meses da intervenção estavam com todos os hipertensos e diabéticos cadastrados com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

No mês 1 , os 20 (100%) hipertensos cadastrados estavam com a avaliação da necessidade de atendimento odontológico realizada, no segundo mês foram os 35(100%) hipertensos, no terceiro mês estávamos com os 56(100%) hipertensos cadastrados com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

O mesmo aconteceu com os diabéticos cadastrados onde no mês 1 , o único (100%) diabético cadastrado estava com a avaliação da necessidade de atendimento odontológico realizada. No segundo mês foram os 2 (100%) diabéticos cadastrados e no terceiro mês estávamos com os 9(100%) diabéticos cadastrados com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, isto contribuiu que tivessem garantido o tratamento com odontólogo e que aproveitaram de os serviços brindados em a UBS em saúde bucal

Meta 3.1: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1: Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Meta 3.2: Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Indicador 3.2: Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Nos não tivemos usuários hipertensos e diabéticos cadastrados faltosos às consultas clínicas agendadas..

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.1: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.2: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Todos os usuários hipertensos e diabéticos cadastrados tiveram registro adequado na ficha de acompanhamento

No mês 1 , os 20 (100%) hipertensos cadastrados estavam com registro adequado na ficha de acompanhamento. No segundo mês foram os 35(100%) hipertensos, no terceiro mês estávamos com os 56(100%) hipertensos cadastrados com registro adequado na ficha de acompanhamento.

No mês 1 o primeiro diabético cadastrado estava com registro adequado na ficha de acompanhamento, No mês 2 os 2 (100%) diabéticos cadastrados e finalizamos a intervenção com os 9 (100%) diabéticos cadastrados com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Durante os três meses da intervenção conseguimos manter o livro de registros, a ficha de acompanhamento (ficha Espelho) e o cartão do usuário hipertenso e diabético cadastrado atualizados a cada consulta ou acompanhamento.

Objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.1: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.2: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Alcançamos 100% de cumprimento nestas metas nos três meses da intervenção.

Conseguimos que dos 20 (100%) hipertensos avaliados no primeiro mês todos recebessem avaliação de risco, o mesmo aconteceu no segundo mês com os 35(100%) hipertensos cadastrados e no terceiro mês os 56(100%) hipertensos cadastrados tiveram realizado a estratificação de risco cardiovascular.

O mesmo ocorreu quando avaliamos o Indicador 16 Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular. Desta maneira 1 (100%) diabético avaliado no primeiro mês recebeu a avaliação de risco, o mesmo aconteceu no segundo mês com os 2 diabéticos (100%) cadastrados e finalizamos o mês 3 com os 9(100%) diabéticos cadastrados com a estratificação de risco cardiovascular realizada.

Em cada consulta se realizava a avaliação a cada paciente cadastrado tendo em conta sintomas referido por eles, exame físico e resultados de exame complementar. Foram priorizados os usuários avaliados como de alto risco agendando o atendimento desta demanda e foi muito importante orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular e de adequado controle de fatores de risco modificáveis.

Objetivo 6 :Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Indicador 6.1: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Indicador 6.2: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Meta 6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.3. Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Meta 6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.4.Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Meta 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.5. Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Meta 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.6. Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo

Meta 6.7 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.7 Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Meta 6.8 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.8 *Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal*

Nestas metas, de acordo com a Figura 4, conseguimos realizar durante os três meses de intervenção, orientação nutricional sobre alimentação saudável, sobre a prática regular de atividade física, sobre os riscos de tabagismo e sobre higiene bucal aos 56 (100%) hipertensos cadastrados. No primeiro mês, aos 20 (100%) hipertensos que estavam cadastrados, no segundo mês foram os 35 (100%) hipertensos cadastrados finalizamos o mês 3 da intervenção com os 56 (100%) dos hipertensos cadastrados durante a intervenção com as orientações realizadas.

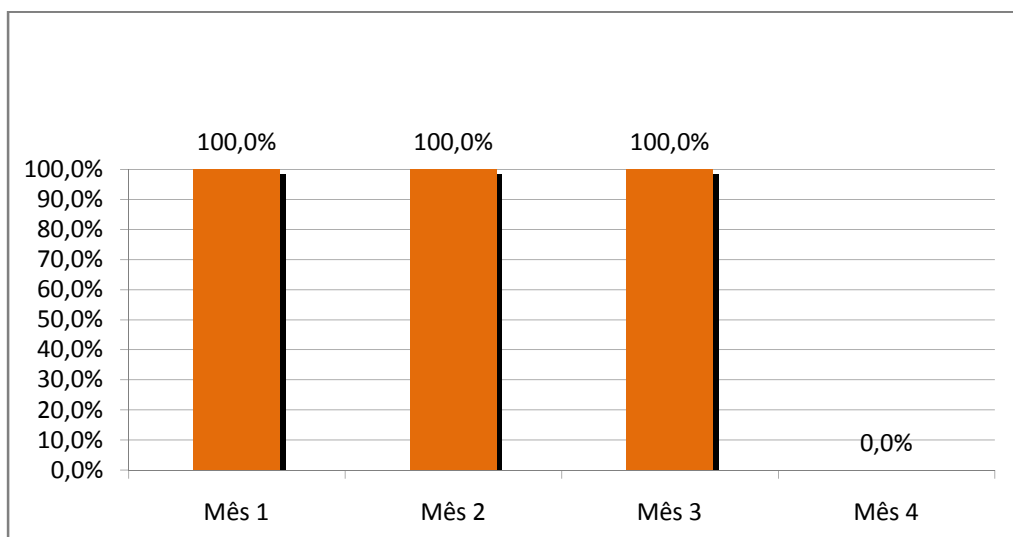


Figura 4 Gráfico *Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável, sobre a prática regular de atividade física, sobre os riscos de tabagismo e sobre higiene bucal na UBS "José Gonçalves do Santos no município Caldeirão Grande /PI. 2015.*

Fonte: Planilha coleta de dados.

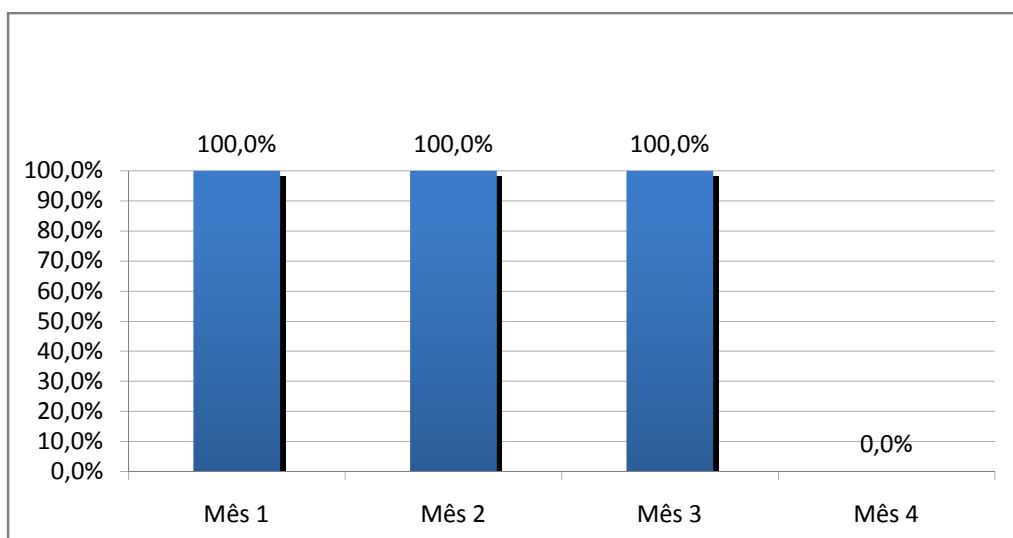


Figura 5 Gráfico *Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável, sobre a prática regular de atividade física, sobre os riscos de tabagismo e sobre higiene bucal na UBS “José Gonçalves do Santos no município Caldeirão Grande /PI. 2015.*

Fonte: Planilha coleta de dados.

Nestas metas, de acordo com a Figura 5, conseguimos realizar durante os três meses de intervenção, orientação nutricional sobre alimentação saudável, sobre a prática regular de atividade física, sobre os riscos de tabagismo e sobre higiene bucal aos 9 (100%) Diabéticos cadastrados.

4.2.2 Discussão.

A intervenção em nossa Unidade Básica de Saúde propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos, a melhoria dos registros e a qualificação da atenção com destaque para a ampliação do exame dos pés dos diabéticos, para a classificação de risco de ambos os grupos e para realização do exame físico geral a todos os usuários além de orientar a todos os usuários sobre orientação nutricional, sobre realização de atividade física, sobre tabagismo e higiene bucal.

A intervenção permitiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da Hipertensão e Diabetes. Esta atividade promoveu o trabalho integrado da médica, da enfermeira, da auxiliar de

enfermagem e da recepção. Nossa equipe sentiu satisfeita pelo trabalho de todos em uniu e pela melhoria alcançada em a cobertura e atendimentos de os usuários hipertensos. Isto acabou tendo impacto também em outras atividades no serviço como em as reuniões com os grupos priorizados, já no só é com diabético e hipertenso, também são com as mulheres em idades fértil, gestantes e idosos e com isto temos logrado que grau quantidades de mulheres realiza sem seu exame de prevenção.

Em nossa UBS antes da intervenção as atividades de atenção a Hipertensão e Diabetes eram só concentradas na enfermagem. A intervenção reviu as atribuições da equipe incluindo a médica viabilizando a atenção a um maior numero de pessoas. A melhoria do registro e o agendamento dos Hipertensos e Diabéticos viabilizou a otimização da agenda para a atenção á demanda espontânea. A classificação de risco dos hipertensos e diabéticos tem sido crucial para apoiar a priorização do atendimento dos mesmos. A orientação nutricional, sobre atividades físicas, sobre tabagismo e higiene bucal aos usuários hipertenso foi muito importante porque alguns hão mudado seus estilos de vida.

O impacto da intervenção ainda é pouco percebido pela comunidade. Os hipertensos e diabéticos demonstram satisfação com a prioridade no atendimento. Apesar da ampliação da cobertura do programa ainda temos muitos hipertensos e diabéticos sem cobertura.

A intervenção poderia ter sido facilitada se desde a análise situacional eu tivesse discutido as atividades que vinha desenvolvendo com a equipe. Também faltou uma articulação com a comunidade para explicitar Oe critérios para priorização da atenção e discutir a melhor maneira de programar isto.

Agora que estamos no fim do projeto, percebo que a equipe está integrada, porém, como vamos incorporar à intervenção a rotina do serviço terá condições de superar algumas das dificuldades encontradas.

A partir do próximo mês , quando teremos disponíveis agentes comunitários para o demais micro áreas , pretendemos investir na ampliação de cobertura dos hipertensos e diabéticos.

Tomando este projeto como exemplo, também pretendemos programar o programa de pré-natal na UBS.

A intervenção será incorporada a rotina do serviço. Para isto, vamos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação a necessidade de priorização da atenção dos hipertensos e diabéticos, em especial os de alto risco.

5. Relatório da intervenção para gestores

Prezado gestor:

O presente relatório tem como finalidade descrever a intervenção que foi realizada na UBS José Gonçalves do Santo de Caldeirão Grande do Piauí, com objetivo de melhorar as ações de atenção aos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus da população vinculada à equipe.

A Intervenção fez parte dos requisitos formativos do Curso de Especialização em Saúde da Família promovido pela Universidade Aberta do SUS em parceria com a Universidade Federal de Pelotas- UFPEL, e só foram possíveis devido ao apoio da equipe e da gestão.

Foram avaliados neste processo da intervenção os adultos maiores de dezoito anos num período de fevereiro a abril do ano 2015, constituindo-se assim em 12 semanas de intervenção.

Antes de decidirmos sobre o tema da intervenção fizemos uma análise situacional e análise estratégica onde levantamos os pontos positivos e fragilidades da Unidade Básica de Saúde tanto com relação à estrutura física bem como relativos ao processo de trabalho e acolhimento da população adstrita à UBS. Após essa análise foi feito um projeto de intervenção juntamente com a equipe baseado nos Cadernos de Atenção Básica de Doenças Crônicas não Transmissíveis – Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde, 2013 para a capacitação de todos os membros da equipe.

Após essa análise decidimos ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos, melhorar a adesão do Hipertenso e/ ou diabético ao programa,

melhorar a qualidade do atendimento ao usuário hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde, melhorar o registro das informações, mapearem hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular e promover à saúde aos diabéticos e hipertensos inscritos no programa.

A população vinculada a equipe é de 2067 habitantes residentes na área de abrangência.

De acordo com a população vinculada a equipe, segundo o Caderno de Ações Programáticas que utilizamos para registrarmos os levantamentos de dados da população atendida na UBS estimava-se que na área teríamos a estimativa do número de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área de 417 e estimativa de 119 diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área.

A estimativa para a população com 20 anos ou mais era de 1320 pessoas.

Ao início do trabalho da equipe tínhamos o conhecimento de que na área de abrangência havia 217 hipertensos e 19 diabéticos.

Antes da intervenção em nossa UBS, os usuários hipertensos e diabéticos não tinham um correto seguimento, não foram avaliados pelo médico e odontologista de forma periódica, não tinha exames realizados para detectar algum risco que tiveram e os registros não foram coletados de forma correta, com a intervenção pudemos alcançar uma maior cobertura, além de incluir também cuidados aos familiares das pessoas acompanhadas.

Conseguimos pôr em prática ações previstas no projeto nos eixos de Monitoramento e Avaliação, Qualificação da Prática Clínica, Organização e Gestão do Serviço e Engajamento Público. Algumas ações foram realizadas com atraso e outras foram realizadas parcialmente

Realizamos a contento o monitoramento da intervenção, cadastramos um total de 65 usuários maiores de 20 anos no Programa de Atenção ao diabético e Hipertenso 56 deles são hipertensos e 9 são diabéticos. Finalizamos o período de 12 semanas da Intervenção com 56 hipertensos e 9

diabéticos cadastrados o que corresponde a uma cobertura de 25,8% e 47,4% respectivamente.

Este resultado de Cobertura não fora muito significativo. Tivemos muitos períodos de Feriados durante a Intervenção e por um período de 5 semanas também precisei me ausentar da UBS. Salientamos que o período da Intervenção fora reduzido de 16 para 12 semanas conforme orientação da Coordenação do Curso, porém as ações iniciadas com a intervenção estão arraigadas na rotina da equipe e certamente a médio prazo conseguiremos melhorar a nossa cobertura dos usuários Hipertenso e Diabéticos da área de abrangência da UBS.

Na avaliação das metas do Objetivo de melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos da Unidade Básica de Saúde conseguimos cumprir todas as metas de forma a garantir que 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados tiveram adequadamente realizados o exame clínico apropriado que isto também ocorreu no que tange à realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo e onde também priorizamos a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Realizamos avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e diabéticos. Não tivemos dificuldades para referenciar os usuários com maiores necessidades de atendimento odontológico mais temos acesso a serviço odontológico na UBS e não precisavam encaminhá-los temos serviços de referencia em odontologia.

Atendendo ao objetivo de melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa conseguimos não precisamos realizar a busca ativa, pois nenhum usuário com consulta agendada fora faltoso. Todos compareceram. O trabalho do ACS foi muito importante em o cadastramento, de os 65 usuários diabéticos e hipertensos que foram cadastrados, 40 foram realizadas por ACS e os outros em a própria unidade, o trabalho de eles foi muito bom porque eles desde as comunidades e diretamente com os familiares fazerem trabalho de promoção e prevenção para neste grupo priorizado, realizaram muitas visitas domiciliares a estes usuários junto com a médica e a

enfermagem de nossa equipe, não porque foram faltosos, porque não tivemos nenhum, sino que nossa equipe determina visitá-los para conhecer suas condições de vida e relacionamento e funcionamento familiar para olhar se alguma coisa interferem como risco para sua patologia.

Também alcançamos o objetivo de melhorar o registro das informações.

Não Tivemos dificuldades na disponibilização pela gestão das Fichas Espelhos, e conseguimos preencher todas as fichas espelhos com a atualização dos prontuários individuais de cada um de os usuários hipertensos e diabéticos que foram cadastrados.

Com Objetivo de mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular, ressaltamos que foram realizados nos atendimentos clínicos a avaliação de riscos cardiovascular, exame dos pés e exame físico, bem como não nos descuidamos da orientação nutricional, sobre atividade física, sobre tabagismo e sobre higiene bucal para hipertensos e diabéticos.

Não apresentamos nenhuma dificuldade no atendimento dos usuários hipertenso e diabético já que todo o equipamento e materiais estiveram disponíveis

Realizamos várias ações de promoção em saúde com atividades de educação em saúde não só na UBS como também na comunidade.

Na maioria das comunidades que foram visitados e realizamos nas palestras logramos a presença das lideranças comunitárias onde lhes foram explicado à importância de sua participação no desenvolvimento da intervenção e a necessidade de seu apoio, as quais desde no primer dia nos apoiaram nas atividades, fornecendo locais adequados para realizar as palestras e em algumas locações carros a nossa disposição para o deslocamento pôr a área de difícil acesso.

A principal dificuldade foi gerada para as ações de cadastramento dos usuários hipertensos e diabéticos já que na semana temos outras atividades que competem com nosso projeto de intervenção como som as consultas programadas e agendadas, além de outras atividades como as puericulturas,

realização de exames de prevenção às quais nos roubam tempo, e por isso o número de hipertensos e diabéticos cadastrados em as duas semanas não foi o planejado por nossa equipe, além os dias de feiras e feriados que estiverem presentes nos dos primeiros meses da intervenção.

O registro dos dados de cada paciente avaliado nas consultas de Hipertensão e Diabetes, oferecidas pelo médico e a enfermeira foram preenchida nos prontuários individuais de todos eles e não tiveram dificuldades.

Toda a equipe tá apoiando o projeto para que tenha o final feliz e de qualidade, além de que se tornou uma rotina no trabalho diário da Unidade Básica de Saúde. Foram inseridas as ações planejadas no projeto de intervenção, e as mesmas está sendo considerada uma rotina do serviço em nossa unidade, continuamos trabalhando na busca ativa de usuários hipertensos e diabéticos maiores de 18 anos de idades para garantir que todos tenham uma saúde de qualidade.

Também devemos referir-nos a que precisamos que a gestão fazia mudança sobre a situação de cadastro da Equipe que não está como Equipe de saúde da Estratégia de Saúde da Família devido à falta de profissionais na composição da equipe ainda está cadastrada como Posto de Saúde e com isto não tem alimentados adequadamente o SIAB e isto também atrapalha no levantamento de dados e planejamento das ações da equipe.

6. Relatório da Intervenção para Comunidades

O presente relatório tem como finalidade descrever para a população vinculada a UBS José Gonçalves do Santo de Caldeirão Grande do Piauí, com objetivo de melhorar a atenção à saúde dos Hipertensos e Diabéticos de nossa área de abrangência.

A Intervenção que foi realizada no período de janeiro a abril do ano 2015, constituindo assim em 12 semanas de intervenção, onde a equipe trabalhou nestas 12 semanas para melhorar as ações de atenção aos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus da população vinculada à equipe.

Antes de a equipe decidir sobre o tema da intervenção, levantamos os pontos positivos e fragilidades e dificuldades para o atendimento de qualidade aos usuários cadastrados na Unidade Básica de Saúde tanto com relação à estrutura física bem como relativos ao processo de trabalho e acolhimento da população adstrita à UBS.

Após essa análise decidimos ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos, melhorar a adesão do Hipertenso e/ ou diabético ao programa, melhorar a qualidade do atendimento ao usuário hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde, melhorar o registro das informações, mapearem hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular e promover à saúde aos diabéticos e hipertensos inscritos no programa.

Temos uma quantidade de 2073 pessoas residentes na área de abrangência da UBS.

De acordo com esta população teríamos na área 416 hipertensos com 20 anos e 119 diabéticos.

De acordo com os dados que tínhamos da Unidade antes da intervenção, na área de abrangência da equipe existem 217 hipertensos e 19 diabéticos.

Na maioria das comunidades que foram visitados e realizamos nas palestras logramos a presença das lideranças comunitárias onde lhes foram explicado a importância de sua participação no desenvolvimento da intervenção e a necessidade de seu apoio, as quais desde no primeiro dia nos apoiaram nas atividades, fornecendo locais adequados para realizar as palestras e em algumas localidades carros a nossa disposição para o deslocamento para a área de difícil acesso.

A principal dificuldade foi gerada para as ações de cadastramento dos usuários hipertensos e diabéticos já que na semana temos outras atividades que competem com nosso projeto de intervenção como são as consultas programadas e agendadas, além de outras atividades como as puericulturas, realização de exames de prevenção às quais nos roubam tempo, e por isso o número de hipertensos e diabéticos cadastrados em as duas semanas não foi o planejado por nossa equipe, além dos dias de feiras e feriados que estiverem presentes nos primeiros meses da intervenção.

As ações realizadas na Intervenção já fazem parte da rotina no trabalho diário da Unidade Básica de Saúde continuamos trabalhando na busca ativa de usuários hipertensos e diabéticos maiores de 18 anos de idades para garantir que todos tenham uma saúde de qualidade.

Nosso projeto está modificando a visão dos profissionais da equipe em relação ao manejo dos usuários hipertensos e diabéticos. Outros pontos positivos e benefícios para a população em geral, foram as facilidades dos atendimentos, fortalecimento da relação médico-paciente e melhor controle de hipertensos e diabéticos.

Podemos dizer que a comunidade ganhou um melhoramento de a saúde de os hipertensos e diabético cadastrado adunque ainda não se olhe muito

porque o tempo foi curto, mas o trabalho será incorporado à rotina do serviço e por isso precisamos continuar e reforçar a aliança com a comunidade para poder apoiar o serviço para que a atenção á saúde na UBS seja cada vez melhor.

A comunidade pode ajudar de forma a dar continuidade a esse projeto através da cobrança dos seus direitos ao atendimento as consultas médica e da enfermagem periodicamente. Além da participação efetiva nos grupos de acompanhamento nutricional e de atividade física da cidade. Esse engajamento é essencial para prover vinculo e efetividade das ações.

7. Reflexão Crítica sobre processo pessoal de Aprendizagem

Nosso trabalho de intervenção foi realizado durante dozes semanas na UBS José Gonçalves do Santo de Caldeirão Grande do Piauí, com objetivo de melhorar a atenção à saúde dos Hipertensos e Diabéticos de nossa área de abrangência.

Confesso que ao principio achei que poderia ser um trabalho muito difícil porque me encontrava em outro País com profissionais, gestores e comunidades que não conhecia, mas desde o primeiro momento quando da divulgação do projeto, todo a equipe , gestor e comunidades mostraram interesse, perguntavam muito tinham uma real a expectativa de melhorar a saúde do povo .

Começamos a trabalhar em conjunto e estamos olhando que os resultados não são os que esperávamos, mas conseguimos ampliar a cobertura de usuários hipertensos e diabéticos e sabemos que a médio e longo prazo se chegara às metas propostas porque o projeto está implantado na rotina de nosso serviço e continuaremos cadastrando e acompanhando nossos usuários hipertensos e diabéticos.

O curso foi muito importante para minha prática profissional porque nos ajudou no bom desenvolvimento de nosso trabalho. As muitas ferramentas como os casos clínicos interativos com casos típicos cotidianos das ações programáticas típicas da APS e o Fórum de Clínica nos tem esclarecido dúvidas surgidas no transcurso de nosso trabalho O Curso também nos há ajudou a melhorar no idioma da língua portuguesa..

Também durante o Curso tivemos uma pessoa que nos orientou sempre no caminho correto e esta também fez parte de nosso trabalho durante todo este período. Tudo que fora aprendido no curso foi muito interessante e nos seguirá ajudando em nosso trabalho cotidiano, além de acrescentar em minha experiência de trabalho em Atenção Primária em Saúde.

Referencias

BRASIL. Ministério da Saúde. Hipertensão Arterial Sistêmica. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2006.58p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus (Cadernos de Atenção Básica, n. 36) / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p.: il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial (Cadernos de Atenção Básica, n. 37) / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p.: il.

GOULART, Flavio ET al. Doenças Crônicas Não Transmissíveis: Estratégias de Controle e Desafios para os Sistemas de Saúde. Organização Pan-americana de Saúde. Brasília 2011 Disponível em: http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/06/Condicoes-Cronicas_flavio1.pdf Acessado em: dezembro de 2014.

ANEXOS

Anexo A - Planilha OMIA Hipertensão Arterial e Diabetes-Aba Síntese

Objetivos	Metas	Indicadores
1. Cobertura	1.1. Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde	1.1. Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.
	1.2. Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.	1.2. Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.
2. Qualidade	2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.	2.1. Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.
	2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.	2.2. Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.
	2.3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.	2.3. Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
	2.4. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.	2.4. Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
	2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.	2.5. Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.
	2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.	2.6. Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.
	2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.	2.7. Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.
	2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.	2.8. Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.
3. Adesão	3.1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.	3.1. Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.
	3.2. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.	3.2. Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.
4. Registro	4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.	4.1. Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.
	4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.	4.2. Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.
5. Avaliação de risco	5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.	5.1. Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.
	5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.	5.2. Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.
6. Promoção da saúde	6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.	6.1. Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.
	6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.	6.2. Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.
	6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos.	6.3. Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.
	6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes diabéticos.	6.4. Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.
	6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.	6.5. Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.
	6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos.	6.6. Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.
	6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos.	6.7. Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.
	6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes diabéticos.	6.8. Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

[illegible]

Anexo C: Planilha de Coleta de Dados_ Hipertensos E Diabéticos Aba Dados da UBS.

2014_11_06 Coleta de dados HAS e DM(4) [Modo de Compatibilidade] - Microsoft Excel

Ínicio Inserir Layout da Página Fórmulas Dados Revisão Exibição

Calibri 11 A A+ Quebrar Texto Automaticamente Geral

Colar Área de Transf... Fonte Alinhamento Número Estilo Células

C5

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26

A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U

1 Digite apenas nas células em VERDE.

2

3

4

5 Número total de **hipertensos** com 20 anos ou mais residentes no território (área de abrangência da UBS)

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

Apresentação Orientações Dados da UBS Mês 1 Mês 2 Mês 3 Mês 4 Indicadores

Pronto

PT 18:40 01/12/2014

Considere o total de hipertensos residentes na área de abrangência da UBS, independente se frequenta o Programa de atenção ao hipertenso na UBS ou não. Este dado deve sair do cadastramento do SIAB ou, onde não há ACSISF, deve sair de uma estimativa (*). Se o cadastro estiver desatualizado, providencie sua atualização.

Considere o total de diabéticos residentes na área de abrangência da UBS, independente se frequenta o Programa de atenção ao diabético na UBS ou não. Este dado deve sair do cadastramento do SIAB ou, onde não há ACSISF, deve sair de uma estimativa (*). Se o cadastro estiver desatualizado, providencie sua atualização.

HIPERTENSOS Mês 1 Mês 2 Mês 3 Mês 4

Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS pelo programa de atenção ao hipertenso em cada mês da intervenção.

DIABÉTICOS Mês 1 Mês 2 Mês 3 Mês 4

Número total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS pelo programa de atenção ao diabético em cada mês da intervenção.

OBSERVAÇÕES

Considere as pessoas que são **APENAS HIPERTENSOS** residentes na área de abrangência da UBS que frequentam o Programa de atenção ao hipertenso. Você pode obter este dado contando as fichas de hipertensos.

Considere as pessoas que são **APENAS DIABÉTICOS** residentes na área de abrangência da UBS que frequentam o Programa de atenção ao diabético.

*Estimativa no território

População total

Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais (67% da população)

Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais HIPERTENSOS (22,7%) (VIGITEL, 2011)

Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais DIABÉTICOS (5,6%) (VIGITEL, 2011)

Este seria o número total estimado de hipertensos com 20 anos ou mais residentes no território. Se usar este número como estimativa populacional, você deve digitá-lo na célula C5.

Este seria o número total estimado de diabéticos com 20 anos ou mais residentes no território. Se usar este número como estimativa populacional, você deve digitá-lo na célula C6.

0

0

0

Anexo D: Planilha de Coleta de Dados_ Hipertensos E Diabéticos Aba Mês 1

[illegible]

Anexo E: Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias.

Eu, (Escreva seu nome aqui), (coloque sua profissão e número do conselho função aqui) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, Documento _____ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.

Anexo F - Documento do comitê de ética

 UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS FACULDADE DE MEDICINA COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	
OF. 15/12	Pelotas, 08 de março 2012.
Ilma Srª Profª Ana Cláudia Gastal Fassa	
<i>Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde</i>	
Prezada Pesquisadora;	
Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e APROVADO por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.	
 Patrícia Abrantes Duval Coordenadora do CEP/FAMED/UFPel	

Apêndices



Figura 6 Fotografia de uma consulta clínica de uma usuária do Programa de Atenção ao Hipertenso e Diabético realizada em 23/04/2015.



Figura 7 Fotografia de visita domiciliar a usuária hipertensa realizada em 16/03/2015.



Figura 8 Fotografia de visita domiciliar a usuária hipertensa realizada em 16/03/2015.



Figura 9 Fotografia de visita domiciliar a usuária grávida hipertensa realizada em 12/03/2015.



Figura 10 Fotografia de reunião de capacitação de equipe realizada em 09/02/2015.